

TESIS DOCTORAL



**IMPACTO PSICOLÓGICO,  
RASGOS DE PERSONALIDAD  
Y MECANISMOS DE  
AFRONTAMIENTO EN  
PACIENTES ONCOLÓGICOS**

---

**Montse Alcañiz Rodríguez**

DIRECTORES:

José Luis Ayuso Mateos

María Cabello Salmerón

Madrid 2017

**- A mi padre-**

*... ni ellos ni nosotros vemos más que esas sombras  
falaces, que simulan una realidad engañosa y superficial ...*

**El mito de la caverna. Platón.**

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero reconocer el apoyo prestado por mi familia, en especial por mi marido Daniel, por mi madre y por mi suegra, que tantas tardes han cuidado a mis hijos, para que yo pudiera trabajar en esta tesis.

Agradezco la labor realizada por las personas, que directamente han participado en la recogida de datos, en especial a Marta Álvarez-Calderón y a Elena García.

A mi amiga y oncóloga de cabecera, Dra. Anabel Ballesteros, quien me ha asesorado en la parte técnica sobre oncología.

A Carmen Blanco de la Asociación Española Contra el Cáncer, por caminar conmigo discutiendo el proyecto.

Por supuesto a mis directores de tesis, el Dr. José Luis Ayuso Mateos y Dra. María Cabello Salmerón. Al primero, por darme la libertad que necesitaba para elaborar este trabajo, y a María por ayudarme y enseñarme tanto, y por estar siempre presente animándome.

Pero sobre todo, agradezco la ingente labor de los pacientes que han participado en este estudio de forma desinteresada. Sin ellos, esta tesis no sería posible. Gracias.

# ÍNDICE

RESUMEN .....	1
1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.1. EL CÁNCER: INCIDENCIA Y PREVALENCIA .....	3
1.2. LAS DISCIPLINAS DE LA PSICOLOGÍA EN RELACIÓN AL.....	5
CÁNCER.....	5
1.3. EL CÁNCER Y SU IMPACTO PSICOLÓGICO .....	11
1.4. VARIABLES PSICOLÓGICAS Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA Y EL CURSO DEL CÁNCER .....	14
1.5. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO.....	16
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	20
2.1. OBJETIVO GENERAL .....	20
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	20
3. METODOLOGÍA.....	21
3.1. MUESTRA .....	21
3.2. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	22
3.3. INSTRUMENTOS .....	22
3.3.1. Variables dependientes .....	22
3.3.2. Variables independientes .....	25
3.3.3. Evaluación y administración de los instrumentos .....	30
3.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	31
3.4.1. Análisis descriptivos.....	31
3.4.2. Análisis comparativos de las características de la muestra.....	31
3.4.3. Cambios de las variables de estudio a lo largo del tiempo .....	31
3.4.4. Factores asociados a las variables psicológicas en línea base, a medio y a largo plazo .....	32
3.4.5. Análisis de Mediación de las variables de afrontamiento entre las variables de personalidad y estado psicológico en línea base .....	32
3.4.6. Análisis de factores relacionados con mortalidad.....	33
3.4.7. Análisis de casos perdidos .....	33
4. HIPÓTESIS .....	35
5. RESULTADOS.....	37
5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS .....	37
5.2. ANÁLISIS COMPARATIVOS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA .....	40
5.3. CAMBIO DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO A LO LARGO DEL TIEMPO .....	45

5.4. FACTORES ASOCIADOS A LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS EN LÍNEA BASE, A LOS 3 MESES Y A LOS 12 MESES.....	47
5.4.1. Factores asociados a Depresión .....	47
5.4.2. Factores asociados a Ansiedad Estado .....	48
5.4.3. Factores asociados a Ansiedad Rasgo .....	49
5.4.4. Factores asociados a Calidad de vida Mental (Media Mental).....	51
5.4.5. Factores asociados a Calidad de vida Física (Media Física) .....	52
5.5. ANÁLISIS DE MEDIACIÓN DE LAS VARIABLES DE AFRONTAMIENTO ENTRE LAS VARIABLES DE PERSONALIDAD Y ESTADO PSICOLÓGICO EN LÍNEA BASE .....	53
5.6. ANÁLISIS DE FACTORES RELACIONADOS CON MORTALIDAD .....	65
5.7. ANÁLISIS DE CASOS PERDIDOS EN EL SEGUIMIENTO .....	67
6. DISCUSIÓN .....	68
7. LIMITACIONES .....	79
8. IMPLICACIONES CLÍNICAS Y FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN A DESARROLLAR .....	81
9. CONCLUSIONES.....	83
10. BIBLIOGRAFIA .....	85
RASGOS DE PERSONALIDAD Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS .....	96

## **ANEXO 1: HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE**

## **ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

## **ANEXO 3: RESOLUCIÓN COMITÉ DE ÉTICA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA**

## ÍNDICE DE TABLAS

1. ADMINISTRACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DEL ESTUDIO EN CADA MOMENTO DE EVALUACIÓN .....	30
2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA EN LÍNEA BASE.....	38
3. VARIABLES ONCOLÓGICAS DE LA MUESTRA EN LÍNEA BASE .....	39
4. VARIABLES PSICOLÓGICAS DE LA MUESTRA EN LÍNEA BASE .....	40
5. RESULTADOS DEL TEST SHAPIRO WILK PARA LA COMPROBACIÓN DE LA NORMALIDAD.....	41
6. COMPARACIÓN DE MEDIAS (VI CUALITATIVAS. 2 CATEG): T DE STUDENT Y/O U-MANN WHITNEY .....	43
7. COMPARACIÓN DE MEDIAS (VI CUALITATIVAS >2 CATEG): ANOVA Y KRUSKAL WALLIS .....	44
8. COMPARACIÓN DE MEDIAS (VI CUANTITATIVAS): CORRELACIONES DE PEARSON Y DE SPEARMAN .....	45
9. VARIABLES PSICOLÓGICAS DE LA MUESTRA A LO LARGO DEL TIEMPO.....	46
10. FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN LÍNEA BASE .....	48
11. FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN A LOS TRES MESES.....	48
12. FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN A LOS DOCE MESES.....	48
13. FACTORES ASOCIADOS A ANSIEDAD ESTADO EN LÍNEA BASE.....	49
14. FACTORES ASOCIADOS A ANSIEDAD ESTADO A LOS TRES MESES .....	49
15. FACTORES ASOCIADOS A ANSIEDAD ESTADO A LOS DOCE MESES .....	49
16. FACTORES ASOCIADOS A ANSIEDAD RASGO EN LÍNEA BASE .....	50
17. FACTORES ASOCIADOS A ANSIEDAD RASGO A LOS TRES MESES .....	50
18. FACTORES ASOCIADOS A ANSIEDAD RASGO A LOS DOCE MESES .....	50
19. FACTORES ASOCIADOS A MEDIA MENTAL EN LÍNEA BASE .....	52
20. FACTORES ASOCIADOS A MEDIA MENTAL A LOS TRES MESES .....	52
21. FACTORES ASOCIADOS A MEDIA MENTAL A LOS DOCE MESES .....	52
22. FACTORES ASOCIADOS A MEDIA FÍSICA EN LÍNEA BASE .....	53
23. FACTORES ASOCIADOS A MEDIA FÍSICA A LOS DOCE MESES .....	53
24. VARIABLES DE PERSONALIDAD Y AFRONTAMIENTO QUE ESTUVIERON SIGNIFICATIVAMENTE RELACIONADAS CON DEPRESIÓN .....	54
25. RELACIÓN DIRECTA E INDIRECTA ENTRE PERSONALIDAD Y DEPRESIÓN MEDIADA POR LOS MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO .....	55
26. VARIABLES DE PERSONALIDAD Y AFRONTAMIENTO QUE ESTUVIERON SIGNIFICATIVAMENTE RELACIONADOS CON ANSIEDAD ESTADO .....	56
27. COEFICIENTES NO ESTANDARIZADOS DE LAS RELACIONES DIRECTAS E INDIRECTAS ENTRE VARIABLES DE PERSONALIDAD Y ANSIEDAD ESTADO .....	58
28. VARIABLES DE PERSONALIDAD Y AFRONTAMIENTO QUE ESTUVIERON SIGNIFICATIVAMENTE RELACIONADOS CON ANSIEDAD RASGO.....	59
29. COEFICIENTES NO ESTANDARIZADOS DE LAS RELACIONES DIRECTAS ENTRE VARIABLES DE PERSONALIDAD Y ANSIEDAD RASGO Y LAS RELACIONES INDIRECTAS MEDIANDO MECANISMOS DE DEFENSA .....	60
30. VARIABLES SIGNIFICATIVAMENTE ASOCIADAS A SALUD FÍSICA (MEDIA FÍSICA).....	61
31. VARIABLES SIGNIFICATIVAMENTE ASOCIADAS A SALUD MENTAL (MEDIA MENTAL) .....	62
32. COEFICIENTES NO ESTANDARIZADOS DE LAS RELACIONES DIRECTAS ENTRE VARIABLES DE PERSONALIDAD Y MEDIA DE SALUD MENTAL Y LAS RELACIONES INDIRECTAS MEDIANDO MECANISMOS DE DEFENSA.....	64

<b>33. VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y MORTALIDAD (ANÁLISIS DE REGRESIÓN SIMPLE) .....</b>	<b>65</b>
<b>34. VARIABLES ONCOLÓGICAS Y MORTALIDAD (ANÁLISIS DE REGRESIÓN SIMPLE) .....</b>	<b>65</b>
<b>35. VARIABLES BASALES RELACIONADAS CON MORTALIDAD .....</b>	<b>67</b>
<b>36. VARIABLES RELACIONADAS CON LA NO ASISTENCIA .....</b>	<b>67</b>



## ÍNDICE DE FIGURAS

1. EXPERIENCIA Y RESPUESTAS ANTE EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD .....	10
2. RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EL SISTEMA INMUNITARIO Y EL CÁNCER (BASADA EN EL ESTUDIO DE SIRERA) .....	14
3. ESCALAS BÁSICAS DEL MCMI-II .....	28
4. ESCALAS PATOLÓGICAS DEL MCMI-II .....	28
5. MEDIACIÓN DE LOS MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO ENTRE LAS VARIABLES DE PERSONALIDAD Y LOS ESTADOS PSICOLÓGICOS .....	33
6. COEFICIENTES BETA NO ESTANDARIZADOS PARA LAS RELACIONES ENTRE REESTRUCTURACIÓN Y ANSIEDAD ESTADO, RASGOS ESQUIZOIDES Y REESTRUCTURACIÓN Y POR ÚLTIMO PARA LA RELACIÓN ENTRE RASGOS ESQUIZOIDES Y ANSIEDAD ESTADO SIENDO MEDIADA POR EL MECANISMO DE REESTRUCTURACIÓN .....	57
7. COEFICIENTES BETA NO ESTANDARIZADOS PARA LAS RELACIONES ENTRE REESTRUCTURACIÓN Y ANSIEDAD ESTADO, RASGOS ESQUIZOTÍPICOS Y REESTRUCTURACIÓN Y POR ÚLTIMO PARA LA RELACIÓN ENTRE RASGOS ESQUIZOTÍPICOS Y ANSIEDAD ESTADO SIENDO MEDIADA POR EL MECANISMO DE REESTRUCTURACIÓN .....	57
8. COEFICIENTES BETA NO ESTANDARIZADOS PARA LAS RELACIONES ENTRE REESTRUCTURACIÓN Y CALIDAD DE VIDA, RASGOS ESQUIZOIDES Y REESTRUCTURACIÓN Y POR ÚLTIMO PARA LA RELACIÓN ENTRE RASGOS ESQUIZOIDES Y CALIDAD DE VIDA SIENDO MEDIADA POR EL MECANISMO DE REESTRUCTURACIÓN .....	63

## **PREFACIO**

Cuando me dispuse a pensar en una posible tesis, tenía claro que quería que fuera una tesis aplicada, que tuviera un impacto directo en la clínica, porque eso sería congruente con mi vocación de ayudar a los demás.

Desde un principio, sabía que tenía que estudiar algo relacionado con la personalidad, ya que desde muy joven me he dedicado a este campo apasionante. Fui profesora de la asignatura de “Personalidad y Diferencias individuales” de la Academia CEDE de preparación al PIR durante más de cinco años, y durante ese periodo, estudié a fondo esta materia y profundicé en ella desde un punto de vista teórico. La práctica clínica en el Hospital Universitario de La Princesa, me permitió aplicar los conocimientos adquiridos a mis pacientes. Muchas veces he comentado informalmente con algunos compañeros, cómo la personalidad y la manera que tienen los pacientes de afrontar las adversidades, les predispone a tener más o menos psicopatología, e incluso les lleva a presentar un tipo de trastorno psicológico u otro.

Una vez que sabía que quería estudiar la relación entre personalidad e impacto psicológico, sólo faltaba elegir al paciente tipo. Si bien es cierto, que uno de los motivos por los que escogí pacientes con cáncer fue la mayor accesibilidad que tiene para mí este grupo, esta no fue la única razón.

Cuando acabé la residencia, se me dio la oportunidad de participar en una Beca FIS en el Hospital de La Paz con la Dra. Rodríguez Vega. En un principio, el tema de esta Beca “Terapia interpersonal en pacientes oncológicos”, no me llamaba especialmente la atención. Pero mi paso por el Servicio de Oncología Médica de La Paz cambió mi visión sobre el tema. El poder ayudar a sobrellevar la enfermedad y el sufrimiento a estos pacientes fue un regalo para mí.

Después, una vez que comencé a trabajar como adjunta en el Hospital Universitario de La Princesa, el Dr. García-Camba me dio la oportunidad de hacerme cargo de las terapias grupales de psico-oncología. Entonces, fue cuando descubrí cómo había muchas diferencias entre los mecanismos de afrontamiento de estos pacientes, y cómo el estado psicológico de éstos dependía de esos modos de afrontar la enfermedad.

A todo esto, hay que añadir, que en Junio de 2012, a mi padre le diagnosticaron un cáncer, que le acompañó hasta hace diez meses. El pronóstico no era bueno, y sin embargo, vivió cada día con una fortaleza y una alegría inigualables. Su ejemplo, junto

el de mis pacientes, me hizo reflexionar sobre porqué algunas personas, a pesar de la gravedad de la enfermedad, mantienen el espíritu de lucha y la esperanza.

Este trabajo pretende dar respuesta a esta pregunta

## **RESUMEN**

El cáncer es posiblemente una de las enfermedades no transmisibles con mayor incidencia anual. En 2012 se registraron alrededor de 14 millones de nuevos casos. Se prevé que en los próximos 20 años el número de nuevos casos aumente aproximadamente en un 70%. Las enfermedades oncológicas producen un gran impacto psicológico en los pacientes. Los problemas mentales más asociados al cáncer suelen ser los trastornos de ansiedad y la depresión.

Numerosos estudios han relacionado el cáncer con algunas variables internas del paciente como son la personalidad y los mecanismos de afrontamiento. Sin embargo la mayoría de esta literatura ha sido transversal y con población no española. Asimismo no se ha explorado con mucha profundidad las relaciones entre personalidad y mecanismos de afrontamiento y si en concreto estos últimos median entre la personalidad y el impacto psicológico de los pacientes. El objetivo principal de este trabajo, es analizar la relación entre diferentes variables de personalidad y estrategias de afrontamiento, con la calidad de vida y la psicopatología (síntomas de depresión y ansiedad) presente en los pacientes con cáncer y su mortalidad. Para ello, se evaluó a 59 pacientes que acudieron al servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de La Princesa con diagnóstico de cáncer. Todos ellos cumplieron a su llegada a Psiquiatría (línea base) un cuestionario socio-demográfico y clínico, y completaron varios cuestionarios de evaluación de depresión (BDI-II), de ansiedad (STAI), de calidad de vida (SF-36), de personalidad (MCMI-II) y de estrategias de afrontamiento (CSI). A los pacientes se les evaluó de nuevo a los tres meses (medio plazo) y a los doce meses (largo plazo) desde su llegada a Psiquiatría, completando de nuevo el BDI-II, el STAI y el SF-36.

Se realizaron análisis estadísticos descriptivos, análisis comparativos de las características de la muestra, análisis de los factores asociados a las variables psicológicas en línea base, a medio y largo plazo, análisis de mediación de las variables de afrontamiento entre las variables de personalidad y estado psicológico en línea base, y análisis de factores relacionados con la mortalidad.

Los resultados indicaron que los pacientes presentaron puntuaciones clínicamente significativas en depresión y ansiedad, así como bajas puntuaciones en calidad de vida. Estos niveles de depresión, ansiedad y calidad de vida se mantuvieron estables a lo largo del estudio. Los resultados sugirieron que el impacto psicológico que sufren los pacientes con cáncer, dependería más de variables internas del sujeto, que de

las características de la enfermedad en sí. La personalidad previa y los mecanismos de afrontamiento del paciente, estuvieron relacionadas con el estado psicológico que tiene el paciente y la calidad de vida percibida por éste, en mucho mayor grado, que variables sociodemográficas (salvo el nivel de escolarización) o incluso oncológicas (salvo los meses de enfermedad y la presencia de metástasis). No obstante, los mecanismos de afrontamiento y los rasgos de personalidad parecieron estar más relacionados con el estado psicológico en el momento basal, que con los estados psicológicos del futuro, ya que se dieron relaciones significativas a nivel transversal pero no a nivel longitudinal. Los mecanismos de afrontamiento no mediaron entre los rasgos de personalidad y el estado psicológico en línea base (salvo la reestructuración cognitiva que medió entre rasgos esquizoides y esquizotípicos, y ansiedad. Tampoco ninguna variable psicológica, de personalidad, de afrontamiento o demográfica predijo mayor probabilidad de mortalidad a lo largo del estudio.

Los resultados de este estudio muestran que los pacientes con cáncer presentan una alta afectación psicológica y una disminución de la calidad de vida, por lo estas áreas se deberían de tener en cuenta en el tratamiento habitual. Futuros estudios deben de verificar si hay cambios de personalidad y afrontamiento a lo largo de la enfermedad, y si estos cambios correlacionan más con el estado psicológico que los valores de personalidad y afrontamiento detectados en el momento del diagnóstico. Por último, nuestros resultados sugieren la necesidad de hacer futuros estudios de intervención en los que se pueda comprobar si fomentando estrategias de afrontamiento positivas y disminuyendo algunos rasgos de personalidad desadaptativos se disminuiría el impacto psicológico producido por la enfermedad oncológica.

# **1. INTRODUCCIÓN**

## **1.1. EL CÁNCER: INCIDENCIA Y PREVALENCIA**

Según la Organización Mundial de la Salud, “Cáncer” es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo (1).

Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, un proceso que se denomina “metástasis”.

Dentro del grupo de enfermedades no transmisibles, el cáncer es posiblemente una de las enfermedades con mayor incidencia anual. En 2012 se registraron alrededor de 14 millones de nuevos casos (1). Se prevé que en los próximos 20 años el número de nuevos casos aumente aproximadamente en un 70% (2). En Europa, los tipos de cáncer con mayor incidencia son el cáncer de próstata, de mama postmenopáusico, de útero y el cáncer colo-rectal (1). En España, en 2015, se diagnosticaron aproximadamente 250.000 casos nuevos de cáncer. El 60% se dieron en varones. Los tumores más frecuentes en los hombres fueron: próstata (22,4%), colo-rectal (16,6%), pulmón (15,1%), y vejiga (11,7%). En las mujeres, los más frecuentes fueron: cáncer de mama (28%), colo-rectal (16,6%), útero (6,2%) y pulmón (6%) (3).

Los factores de riesgo tradicionalmente relacionados con el cáncer, son el tabaco, el alcohol, la dieta poco saludable, la inactividad física, la obesidad, las prácticas reproductivas de riesgo y las infecciones (4).

Respecto a las consecuencias de la enfermedad, primeramente, el cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. En 2015, provocó 8,8 millones de muertes, lo que supone que una de cada seis defunciones en el mundo se debe a esta enfermedad (1).

Sin embargo, el cáncer no sólo tiene asociado mortalidad y morbilidad, otras consecuencias son la discapacidad y los costes indirectos. El impacto económico del cáncer es muy importante y va en aumento. Según las estimaciones, el coste total atribuible a dicha enfermedad en 2010 ascendió a 1,16 billones de dólares (5). Mientras que los costes derivados de la pérdida de productividad han disminuido por el descenso de la mortalidad, el aumento de los costes se debe principalmente al encarecimiento de los tratamientos (6).

Diversas acciones pueden ser llevadas a cabo desde la prevención primaria a los

cuidados paliativos. En primer lugar, las políticas de prevención primaria han conseguido que los tumores relacionados con el tabaco, como es el cáncer de pulmón, se reduzcan (7). Asimismo, han disminuido los tumores gástricos debido a una mejora en la alimentación (8). Las campañas de prevención secundaria están dirigidas a un perfil de persona específico de alto riesgo (1), y permiten un diagnóstico de la enfermedad en estadios más iniciales (9). Este tipo de acciones de prevención secundaria han facilitado la detección precoz del cáncer de mama, gracias a las mamografías de screening poblacional en mujeres de entre 50 y 69 años de edad. En cáncer de colon, recientemente se han comenzado a hacer pruebas de screening de sangre oculta en heces, que resultan sencillas y que podrían reducir mucho su incidencia (10).

Cuando la enfermedad ya está presente, se llevan a cabo diversos tratamientos. Tradicionalmente, se han utilizado como tratamientos de elección en el cáncer, la cirugía, la radioterapia, y la quimioterapia (4).

La quimioterapia, es el uso de fármacos para destruir las células cancerosas. Actúa evitando que las células cancerosas crezcan y se dividan en más células. En general, las células cancerosas crecen y se dividen más rápido que las células sanas, por lo que la quimioterapia las destruye antes. Pero también destruye células sanas que están en crecimiento. Este daño es el que causa los efectos secundarios de la quimioterapia.

La nueva terapéutica va orientada a mejorar el sistema inmunológico del paciente (11). Los avances que se hicieron en investigación básica en 2013, le confirieron a la inmunoterapia el reconocimiento de hallazgo científico, según la prestigiosa revista Science. Desde entonces, este campo no ha hecho más que progresar y resulta prometedor en el tratamiento del cáncer (12). Hace tres años sólo un 1% de los estudios presentados en el Congreso de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO) se basaban en esta técnica, y sin embargo, en la última edición, ya una cuarta parte de los trabajos hablaban de inmunoterapia. Aunque los tratamientos inmunológicos son todavía muy experimentales para muchos tipos de tumores, esta técnica es una realidad relativamente asentada para otros (13).

En general, la mortalidad debida al cáncer se ha reducido en las últimas décadas, fundamentalmente porque los métodos de diagnóstico y los tratamientos han mejorado. Además los tratamientos tienen menos efectos secundarios y se toleran mejor. Por este motivo, la calidad de vida de los pacientes también ha aumentado (1).

## **1.2. LAS DISCIPLINAS DE LA PSICOLOGÍA EN RELACIÓN AL CÁNCER**

El presente trabajo se enmarcaría en el ámbito de la Psicología de la Salud, en concreto de la Psico-oncología y, de la Psicología de la personalidad.

La Psico-oncología nace en los años sesenta y se trata de una disciplina que surge como una sub-especialización dentro de la oncología. Constituye una rama especializada entre la Medicina y la Psicología que se ocupa de las relaciones entre el comportamiento, los estados de salud y enfermedad, la prevención y el tratamiento, el fomento de hábitos saludables y la atención interdisciplinar (14).

A partir de los años setenta, surge una mayor preocupación por aspectos como la autonomía o los derechos de los pacientes, y empiezan a incluirse en los planes oncológicos, aspectos psicosociales del tratamiento del cáncer. En ese momento, se promueve un aumento de la investigación en Psicología en este ámbito (9).

En España, la Psico-oncología surge hacia la década de los noventa, impulsada por los psicólogos clínicos, y cómo una vía para incorporarse en el ámbito de la salud (15).

Esta disciplina engloba, por una parte, las respuestas emocionales de los pacientes a lo largo de todos los estadios de la enfermedad, las de sus familiares, y del personal sanitario que les atiende (enfoque psicosocial); y por otra parte, se encarga del estudio de los factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la morbilidad y mortalidad del cáncer (enfoque biopsicológico) (16).

Esta especialidad, se hace necesaria porque los pacientes con enfermedades oncológicas plantean problemas que implican dificultades emocionales y cognitivas, que no son subsanables únicamente desde un punto de vista biomédico.

La Psico-oncología se ampara en el modelo biopsicosocial, ya que promueve una visión integral del paciente oncológico incluyendo los factores psicológicos como aspecto relevante en el fenómeno de la enfermedad. La enfermedad oncológica trasciende el aspecto somático, volviéndose fundamentales en la vivencia de la vida y la muerte, los aspectos emocionales asociados (17).

La Psico-oncología, entre otras cosas, promueve la adherencia a los tratamientos, algo que se considera fundamental para una mejor evolución de la enfermedad. Desde una perspectiva psicosocial, la adherencia se considera un fenómeno multidimensional, que



depende de cinco factores interrelacionados: factores del sistema de salud, factores socio-económicos, factores relacionados con la condición médica, factores relacionados con el tipo de tratamiento, y factores relacionados con el propio paciente. Entre los factores personales del paciente, están sus características psicológicas, la naturaleza de sus relaciones sociales y el apoyo social percibido (18).

Por otra parte, la Psicología ha comenzado a estudiar la importancia de los factores psicológicos en la etiopatogénesis del cáncer, en particular relación a los sentimientos y reacciones de los pacientes (19). En este sentido, numerosas hipótesis apuntan a que la personalidad de los individuos puede predisponer a padecer un cáncer o contribuir a su mantenimiento (20).

Desde la Psicología de la Personalidad, tradicionalmente, se han relacionado determinadas variables pertenecientes al modelo del “Big Five”, como el “Neuroticismo” y la “Extroversión” con una mayor incidencia de cáncer. Las observaciones iniciales de Kissen y Eysenck (20), indicaban que pacientes con cáncer de pulmón, puntuaban alto en “Neuroticismo” y bajo en “Extraversión”, lo que les llevó a hablar de una personalidad con propensión al cáncer.

El estudio de Ebstrup (21), también halló resultados parecidos a los de Eysenck, de manera que las personas que puntuaban alto en “Neuroticismo” referían tener más estrés, lo que podría llevar a que desarrollasen más tumores. Propuso como variable mediadora entre el estrés y los factores de personalidad, la autoeficacia. Asimismo, los resultados del estudio español de Cardenal et al. (22), también apoyan la hipótesis de Eysenck. Los pacientes con cáncer mostraron niveles más altos en “Neuroticismo” y niveles más bajos en “Extraversión”, “Amabilidad”, y “Responsabilidad/Concienciación”. Sin embargo, estudios prospectivos no han sido capaces de probar la relación entre los cinco grandes factores de la personalidad y el cáncer (21).

Otros estudios longitudinales relacionan determinados tipos de personalidad (la supresión de expresión emocional, la racionalidad-antiemocionalidad y la hostilidad) con una mayor incidencia del cáncer (23). En concreto, en un estudio prospectivo realizado durante 16 años con 1139 participantes, Lemogne et al. (20) concluyeron que la variable “supresión de expresión emocional” o “Personalidad Tipo 1” según Eysenck, se asociaba a un menor riesgo de padecer cáncer de mama. La variable “hostilidad” se relacionó con un mayor riesgo de padecer cánceres asociados al tabaco. Asimismo, las personas con personalidad Tipo 5 (“racional-anti-emocional”) no padecían más cáncer de mama, colorectal, ni de pulmón, pero si a otros tipos de cáncer. Por otra parte, el

patrón de conducta tipo A, no se asociaba con ningún tipo de cáncer.

Por el contrario, la relación establecida entre trastornos de personalidad (personalidades más desadaptativas) y la enfermedad oncológica, ha sido menos frecuentemente estudiada.

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV (24) los rasgos de personalidad son patrones persistentes de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (25), con su propuesta dimensional recogida en la sección III del manual, incide sobre esta definición de los rasgos de personalidad (26).

Los rasgos, sólo constituyen trastornos cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. La característica principal de un trastorno de personalidad es un patrón permanente de la experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y que se manifiesta en al menos dos de los siguientes criterios: cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos (criterio A). Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales (criterio B) y provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (criterio C). El patrón es estable y de larga duración (criterio D). El patrón no es atribuible a una manifestación o una consecuencia de otro trastorno mental (criterio E) y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, ni a una enfermedad médica (criterio F) (25).

Cuando un individuo cumple los criterios para varios trastornos de la personalidad, el clínico debe hacer constar todos los diagnósticos de los trastornos pertinentes.

Los trastornos de personalidad están agrupados en tres grupos.

- El grupo A incluye los trastornos “Paranoide”, “Esquizoide” y “Esquizotípico”, y se define porque las personas con estos trastornos suelen parecer **raros o excéntricos**.
- El grupo B incluye los trastornos “Antisocial”, “Límite”, “Histriónico” y “Narcisista”, propio de personas **dramáticas, emotivas o inestables**.
- El grupo C incluye los trastornos por “Evitación”, por “Dependencia” y el “Obsesivo-compulsivo”, y caracteriza a personas **ansiosas o temerosas** (25).

Schroeder et al (23), hicieron un estudio en el que relacionaban los trastornos de

personalidad con los cinco factores de la personalidad estudiados por Eysenck (Big Five). Los análisis de regresión múltiple indicaron una relación importante entre los “Big Five” y las escalas de personalidad patológica medidas a través del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III). El “Neuroticismo” es el factor que apareció como más asociado a los trastornos de personalidad, mientras que la “Apertura a la Experiencia” resultó ser el que tenía menos peso.

Lo que sí parece claro es que determinados rasgos de personalidad pueden afectar al desarrollo psicológico de la enfermedad. Pacientes con rasgos desadaptativos de personalidad tienen más síntomas depresivos y ansiosos, y experimentan una peor calidad de vida durante la enfermedad (28).

Por otra parte, no solamente se han estudiado “factores de riesgo” relacionados con la aparición del cáncer, sino también “factores protectores” que actuarían como agentes positivos o aminoran los efectos negativos. En este sentido, puede influir la forma en la que se afrontan las distintas situaciones en la vida.

Lazarus y Folkman (29), definieron el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

En función de la evaluación y el afrontamiento que hace la persona ante una determinada situación, se generan efectos a largo y a corto plazo. Los efectos a corto plazo se refieren a las emociones, a los cambios fisiológicos y a la efectividad del resultado del abordaje de dicha situación. Los efectos a largo plazo, según Lazarus y Folkman, serían la salud física, el bienestar psicológico y el funcionamiento social (9). Tras varias décadas de investigación, el modelo de Lazarus ha demostrado su validez para comprender cómo las personas manejan los estresores que encuentran en su vida (30).

En la actualidad, si bien Lazarus mantiene los aspectos esenciales de la teoría, por una parte la ha convertido en una teoría de las emociones, incluyendo las valoraciones no estresantes de las situaciones, y por otra parte ha dado un giro epistemológico y metodológico hacia posiciones constructivistas y cualitativas.

En el caso del cáncer, el afrontamiento se refiere a las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante la enfermedad, comprendiendo la valoración (significado del cáncer para el individuo) y las reacciones subsiguientes (lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que supone el cáncer) (29).

Para conocer los modos de afrontamiento de las personas, necesitamos instrumentos de evaluación de los mismos, pero no existen demasiados instrumentos que evalúen estrategias de afrontamiento desarrollados y adaptados a la población española.

Podemos citar la adaptación de la Escala de Modos de Afrontamiento (31), el Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Moos (32), el Cuestionario de Formas de Afrontamiento de Acontecimientos Estresantes (33), y la adaptación española del Brief COPE, llamado COPE-28 (34).

Estas escalas aun cuando suponen un avance extraordinario en la evaluación de las estrategias de afrontamiento en nuestro contexto, presentan algunas limitaciones relacionadas sobre todo con un nivel de validez bajo, que hacen necesario seguir trabajando en el diseño, adaptación y refinamiento de instrumentos de evaluación del afrontamiento (35).

Para salvar dichas limitaciones, se desarrolló el CSI (Inventario de Estrategias de Afrontamiento) a partir de la Escala de Modos de afrontamiento de Lazarus y Folkman (35, 36).

Los pacientes con estilos de afrontamiento más adaptativos (Resolución de Problemas, Expresión Emocional, Apoyo Social, y Reestructuración Cognitiva), tendrán un mejor estado psicológico, mientras que los pacientes con estilos desadaptativos (Autocrítica, Pensamiento Desiderativo, Evitación de problemas y Retirada Social) padecerán más síntomas afectivos y ansiosos, y tendrán peor calidad de vida.

En Psico-oncología, Moorey y Greer han sido algunos de los autores más relevantes en el estudio de los estilos de afrontamiento. Ambos conceptualizan un esquema de supervivencia ante el cáncer. Éste surge de la relación entre el conocimiento del diagnóstico del cáncer y la forma en que la persona lo percibe, las reacciones emocionales que le provoca, y las estrategias de afrontamiento que pone en funcionamiento. Dicho esquema tiene en cuenta, por lo tanto, tres elementos: la evaluación cognitiva sobre el cáncer (valoración que hace sobre el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, y grado de control), el estilo de afrontamiento, y las reacciones emocionales (37).

Teniendo en cuenta estos tres elementos, la persona afronta la experiencia de diagnóstico de la enfermedad, de cinco maneras diferentes. Podemos hablar entonces de cinco tipos de respuesta diferentes (9) (ver Figura 1):



---

***Figura 1. Experiencia y respuestas ante el diagnóstico de enfermedad***

Numerosos estudios sugieren la relación entre determinados rasgos de personalidad y estilos de afrontamiento, con un incremento de la ansiedad en el paciente, lo que provocaría disfunciones en el sistema inmunológico, que a su vez podrían aumentar la incidencia de cáncer, empeorar la progresión de la enfermedad, o aumentar la mortalidad (38).

Diversas aportaciones teóricas mantienen que la personalidad es un determinante del afrontamiento porque predispone a la persona a usar unas estrategias u otras. Algunos autores como Cooper o Faragher, han encontrado una relación entre “Neuroticismo” y algunas variables que tienen que ver con el coping o afrontamiento como: “Religión”, “Autocontrol mental”, “Estrategias pasivas” y “Baja autoafirmación”, observando una relación entre Neuroticismo y un afrontamiento desadaptativo (9). Asimismo, estos autores también hallaron que la “Extraversión”, la “Distracción”, y la “Autoafirmación”, estaban relacionadas con estrategias de afrontamiento más adaptativas (9).

Carver et al. (39), mediante un meta-análisis hallaron que “Optimismo”, “Extraversión”,

“Responsabilidad” y “Apertura a la experiencia”, se relacionaban con estrategias de afrontamiento más adaptativas, mientras que “Neuroticismo”, se asociaba a las más desadaptativas.

### **1.3. EL CÁNCER Y SU IMPACTO PSICOLÓGICO**

La aparición de una enfermedad grave supone unos cambios y la necesidad de adaptarse a dichos cambios. Los pacientes con cáncer tienen que hacer ajustes en sus vidas para hacer frente a la enfermedad y a los cambios en el tratamiento. Necesitan distintas habilidades para enfrentarse a situaciones difíciles en diferentes momentos (al diagnóstico, durante el tratamiento, después del tratamiento, durante una recidiva, y cuando se convierten en “supervivientes” de la enfermedad) (16).

Frecuentemente, los pacientes con cáncer pasan por diferentes fases y en cada una tienen unas necesidades distintas. Cuando les diagnostican la enfermedad sufren un choque, aparecen los temores y el desconocimiento. Es la etapa del “shock emocional” (40). En estas primeras fases, los pacientes “se entregan” al médico y a lo que éste dice. Suelen tener una fe ciega y, casi sin pensarlo, se someten a duros tratamientos cuyos efectos secundarios provocan malestar y sufrimiento. Muchas veces, sufren cambios físicos como la caída del cabello, que pone en juego su autoimagen y su identidad personal (41). Se mezcla la fatiga física con el desánimo, pero permanece la esperanza de la recuperación. Toman el tratamiento como un medio para alcanzar su fin, que es la curación.

Otro momento delicado, surge cuando acaban el tratamiento y se reduce drásticamente la frecuencia de visitas al médico. Es la etapa en la que se sienten “abandonados por el sistema”. De nuevo surgen los miedos, temor sobre todo a que vuelva a aparecer la enfermedad. Sienten que no tienen el control sobre su enfermedad y que no pueden hacer casi nada para mejorar. Por este motivo, suelen intentar hacer cambios en sus hábitos de vida como la alimentación, que les confiera cierto control sobre su salud (42). Muchos de ellos refieren que en un principio los médicos sólo les habían hablado de los tratamientos y de sus efectos a corto plazo, y que se habían preparado para afrontar esos problemas a corto plazo, pero no para asumir que esos problemas pueden ser duraderos, incluso una vez curados. Les cuesta aceptar que no van a ser los mismos que antes y esto les provoca una gran frustración. Además, el resto de la sociedad y sus familias tampoco están preparados para entender que el proceso aún no ha concluido. Les exigen

una vez que han terminado los tratamientos, que vuelvan a su vida normal. Esto lo hacen también, porque ellos no aguantan más sufrimiento. No entienden que la persona siga sintiéndose mal. Lo que sucede es que ya no se conforman sólo con haberse curado, quieren, además, tener una buena calidad de vida. Es la etapa de la “incomprensión” (43).

El momento más duro del proceso, surge ante “la recidiva”. De nuevo, deben empezar tratamientos muy duros, y además, con una mayor desesperanza que en etapas anteriores. Sin embargo, si esta etapa se prolonga en el tiempo y la enfermedad pasa a ser “crónica”, los pacientes se ven forzados a adaptarse a esta nueva situación, que normalmente acaban aceptando. Consiguen vivir cada momento con más intensidad y se reducen los temores (16).

Muchos pacientes consiguen hacerse “supervivientes del cáncer”, lo que les lleva a tener que vivir con la incertidumbre y el temor a que la enfermedad vuelva. Cualquier dolor o molestia llega a interpretarse como una amenaza. Este hecho ha tenido relevancia en los últimos años y se le ha prestado una especial atención, de manera que las sociedades científicas, han empezado a plantearse la realidad de los supervivientes del cáncer. De hecho, en 2013, la Sociedad Española de Oncología Médica presentaba un “Plan Integral de Atención a los largos supervivientes de cáncer”, en el que aborda los problemas específicos de este colectivo (9).

Ante el “final de la vida”, también surgen nuevos temores y una situación de fragilidad emocional, que el paciente debe aprender a manejar. Debe prepararse para el final de su vida. Las teorías de las etapas del proceso del duelo postulan que los enfermos terminales o deudos pasan a través de una secuencia de reacciones emocionales, que les permiten protegerse de la amenaza de las pérdidas inminentes. Kübler-Ross, señaló que las personas que se encontraban próximas a la muerte (enfermos terminales) atravesaban cinco fases durante el duelo: negación, ira, pacto/negociación, depresión y aceptación. La autora observó que estas fases duraban diferentes periodos de tiempo; y se sucedían unas a otras o que en ocasiones se solapaban (44).

Como vemos, el paciente con cáncer pasa por diferentes fases, cada una de ellas con sus peculiaridades, que hacen que la persona se someta a situaciones estresantes continuas muy difíciles de manejar. Casi todos los pacientes con cáncer experimentan sufrimiento en algún momento, dicho sufrimiento va desde la tristeza y los temores, hasta problemas más serios como la depresión, el pánico u otros trastornos de ansiedad, inseguridad respecto a sus creencias espirituales, o sentimientos de soledad y

aislamiento (45).

Mitchell et al. (46) llevaron a cabo un meta-análisis de 70 estudios publicados en las bases de datos más importantes (Medline, Psycinfo, Embase y Webknowledge) en un total de 10.071 sujetos con cáncer de 14 países. Los resultados destacaron que según criterios diagnósticos del DSM IV, el 14,9% de los participantes con cáncer tenían Depresión Mayor, el 19,2% Depresión Menor, un 19,4% tenían Trastornos adaptativos y un 10,3% Trastornos de ansiedad. Un meta-análisis más reciente desarrollado por el mismo autor en 2016 (47), reflejó de nuevo que la prevalencia de depresión y ansiedad en los pacientes con cáncer era mayor que en los controles sanos, aunque las diferencias sólo fueron estadísticamente significativas en ansiedad.

Por otro lado, el estudio de Nikbakhsh et al. (48), obtuvo que el 29,3% de los pacientes con cáncer de su muestra tenía “ansiedad subclínica” y el 16,7% padecía “ansiedad patológica”. En cuanto a depresión, el 26,7% tenía “depresión subclínica”, y el 21,3% “depresión patológica”.

Porcentajes más altos se encuentran en el estudio de Arpawong (49), donde el 50% de los pacientes que han padecido un cáncer, presentaron síntomas de estrés postraumático varios años después del tratamiento.

En general, la evidencia parece confirmar que, los problemas mentales más asociados al cáncer suelen ser los trastornos de ansiedad y la depresión (48). Sin embargo, parece que el significado que le dan los pacientes a su enfermedad también determina en gran medida, los niveles de ansiedad y depresión, e influye en la calidad de vida de los pacientes (50). Fischer (51), informó en un trabajo con mujeres con cáncer de mama, que el significado que daban las participantes a su enfermedad, explicaba el 43% de la varianza del malestar emocional o estrés.

La presencia de síntomas depresivos, ansiedad y estrés está relacionada con la calidad de vida. En este sentido, Dingley et al. (52), han encontrado que los síntomas depresivos, la fuerza interior y el tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad, fueron los mayores predictores de calidad de vida en pacientes con cáncer.

Asimismo, la Sociedad Americana de Oncología Médica, ha publicado en 2014, una guía para abordar los aspectos emocionales del cáncer. En ella se reconoce la importancia de los síntomas ansiosos y depresivos en los pacientes con cáncer y se pone en relación dicha sintomatología con la calidad de vida de los pacientes (53).

En resumen, bastante evidencia previa apunta a que dependiendo de algunas variables psicológicas internas del sujeto, los factores estresantes relacionados con la



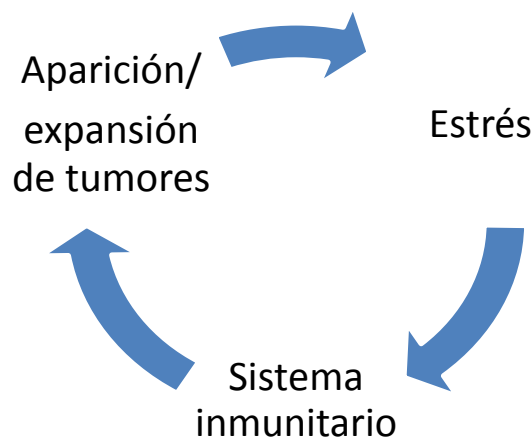
enfermedad, causarán mayor o menor impacto en el paciente y afectarán más o menos a su calidad de vida (51). Las variables que parecen más determinantes son aquellas relacionadas con la personalidad del paciente y los estilos de afrontamiento del mismo (29). Según esto, parece bastante probable la relación entre cáncer y estrés, en el sentido de que la enfermedad es un factor estresante en sí mismo que va a afectar a los pacientes en mayor o menor grado. Sin embargo, hay evidencia de que el estrés también podría influir en la aparición del cáncer y en el curso de la enfermedad (54).

#### **1.4. VARIABLES PSICOLÓGICAS Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA Y EL CURSO DEL CÁNCER**

La enfermedad oncológica supone un factor estresante en sí misma, el diagnóstico y los efectos causados por los tratamientos, pueden considerarse estresores importantes, que como ya hemos dicho, no afectan por igual a todas las personas. Sin embargo, el estrés no es sólo una consecuencia del cáncer, múltiples trabajos relacionan el estrés con la evolución de los tumores (54). En este sentido, también la experiencia clínica apoya la interacción entre eventos psicosociales y la aparición de los tumores.

Se han hipotetizado diversos mecanismos para explicar cómo el estrés podría derivar en una mayor probabilidad de incidencia del cáncer. En primer lugar, el estrés parece tener un impacto en el micro-entorno del tumor, actuando a través del sistema nervioso simpático y del sistema hipotálamo-pituitario-adrenal (55).

Asimismo, Sirera (56) hace una revisión sobre cómo se relacionan el sistema inmunológico, el estrés, la depresión y el cáncer. Este autor plantean cómo el cáncer y el estrés se retroalimentan (ver Figura 2).



*Figura 2: Relación entre el estrés el sistema inmunitario y el cáncer (basada en el estudio de Sirera)*

En primer lugar, el estrés psicológico puede alterar la función del sistema inmunitario. La modulación del sistema inmunológico por el Sistema Nervioso Central, está mediada por una red compleja bidireccional de señales entre el sistema nervioso central, el endocrino y el inmunológico. Las citocinas producidas por las células del sistema inmunológico, pueden ejercer su acción sobre células del sistema nervioso central, pues éstas poseen receptores específicos para las citocinas (56). Además, las células del sistema inmunológico son capaces de producir muchos de los mediadores producidos por el tejido nervioso.

Tanto el estrés como la depresión y la inflamación son capaces de activar y modificar el equilibrio de las citocinas (56). De hecho, los pacientes deprimidos muestran elevados niveles de citocinas pro-inflamatorias y esta condición del ánimo también puede influir en el desarrollo o crecimiento de las enfermedades neoplásicas (19). Las citocinas pro-inflamatorias pueden tener un efecto depresivo, ya sea directamente, por medio de la activación la hormona liberadora de corticotropina, o indirectamente, provocando resistencia de los receptores de glucocorticoides, lo que causa hiperactividad del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal, debido a la inhibición del mecanismo de retroalimentación normal. Por otra parte, las citocinas pro-inflamatorias también pueden alterar la neurotransmisión monoaminérgica en múltiples sitios del sistema nervioso central. Por último, existen receptores neuronales de citocinas ampliamente distribuidos en el sistema nervioso central, lo que sugiere que las citocinas funcionan como neurotransmisores y ejercen una acción directa sobre el cerebro (56).

El eje Hipotálamo-Pituitario-Adrenal y el sistema nervioso autónomo proporcionan dos rutas clave para la regulación del sistema inmune. Los estresores pueden activar tanto el eje Simpático-Adreno-Medular como el eje Hipotálamo-Pituitario-Adrenal y provocar la liberación de hormonas pituitarias y adrenales. De esta forma, las hormonas inducidas por emociones negativas, catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), la adenocorticotropa (ACTH), el cortisol, la hormona del crecimiento y la prolactina, inducen cambios cualitativos y cuantitativos en el sistema inmunológico (55).

Estas hormonas pueden ejercer su efecto sobre el sistema inmunitario porque casi todas las células del mismo tienen receptores específicos para las hormonas de los ejes Hipotálamo-Pituitario-Adrenal y el eje Simpático-Adreno-Medular. La modulación del sistema inmune se produce por dos mecanismos diferentes, por un lado la unión de las hormonas a sus receptores cognatos y por otro indirectamente a través de la desregula-

ción del equilibrio que tiene que predominar en la producción de citocinas pro-inflamatorias. El estrés, por lo tanto, puede alterar la función del sistema inmune de forma que pueda influenciar el desarrollo de las enfermedades neoplásicas (19).

Por otra parte, el sistema inmunológico juega un papel importante en la regulación del crecimiento tumoral, así como en la aparición de metástasis. El sistema inmunológico, no sólo se encarga de eliminar del organismo agentes infecciosos, sino que también realiza una vigilancia activa contra la aparición de células neoplásicas. De ello, se encarga la parte del sistema inmunológico que desarrolla la inmunidad celular (56).

Por otro lado, muchas de las citocinas que se producen en situaciones de estrés, junto con la migración de células y mediadores inflamatorios en el lugar del desarrollo tumoral, son moléculas y mediadores que pueden activar el ciclo celular y por tanto favorecer la multiplicación de las células tumorales (56).

A partir de este esquema, los autores (56) consideran que estaría justificado la implementación de las intervenciones terapéuticas para reducir el estrés, ya que éstas podrían influir en el curso de la enfermedad neoplásica.

### **1.5. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO**

En resumen, parece haber evidencia sobre la importancia de los factores psicológicos en la aparición y el curso de la enfermedad oncológica. Además, la experiencia clínica nos muestra que los pacientes con cáncer se deprimen más y tienen más ansiedad que los controles sanos. Todo esto repercute en su calidad de vida.

Asimismo, hay datos que soportan la importancia de algunos factores internos (individuales) que influyen en la aparición de psicopatología y en la calidad de vida percibida por los pacientes. Entre ellos, destacan las variables de personalidad y los mecanismos de afrontamiento. En este sentido, parece que en función de la evaluación y el afrontamiento que hace la persona ante una determinada situación, se generan efectos en las emociones, en la salud física, en el bienestar psicológico y en el funcionamiento social (9).

También se ha demostrado que los rasgos de personalidad pueden predisponer a afrontar las cosas de un modo u otro, y pueden influir en la psicopatología general de las personas. Todo esto nos lleva a pensar que determinados rasgos de personalidad podrían afectar al desarrollo psicológico de la enfermedad oncológica. De hecho, se ha visto que los pacientes con rasgos desadaptativos de personalidad podrán tener más síntomas depresivos y ansiosos durante la enfermedad, y una peor calidad de vida (28).

En España, no existen muchos estudios que pongan en relación la psicopatología, con la calidad de vida percibida y a su vez, con los factores de personalidad y los mecanismos de afrontamiento en pacientes con cáncer. Los trabajos existentes son más parciales, ya que solamente relacionan depresión y ansiedad con calidad de vida (56, 57, 58, 59); o depresión y ansiedad con variables de personalidad o afrontamiento (9, 22, 28, 29, 42). Sin embargo, no se ha encontrado ningún estudio que contemple las relaciones existentes entre todas estas variables.

Además, los estudios existentes suelen hacerse con una muestra más homogénea de pacientes en cuanto al diagnóstico de cáncer. De esta forma encontramos estudios realizados con pacientes de cáncer de mama de mama (15, 28), de pulmón (58) o de tiroides (57). Pero ninguno que aúne todos estos tipos de diagnósticos en una misma muestra. Estos datos, permiten ver correlatos específicos pero impiden comparar un tipo de pacientes con otro según el diagnóstico por localización del tumor.

Tampoco en los estudios previos, normalmente se ha tenido en cuenta diferentes estadios del cáncer. Lo que impide comparar un tipo de pacientes con otro según la gravedad del mismo.

Por otra parte, la mayor parte de los estudios españoles, son transversales. Entre ellos destaca el trabajo de García-Conde Benet (9), el cual estudia la relación entre factores de personalidad, afrontamiento y adaptación en pacientes oncológicos. Sin embargo, como se ha comentado, este estudio mide estas variables sólo básicamente, no haciendo un seguimiento de los pacientes en el tiempo. El hacer un seguimiento longitudinal de los pacientes, permite ver cómo evoluciona el paciente a nivel psicopatológico según avanza el curso de la enfermedad oncológica, y permite observar cómo algunas variables internas de personalidad y afrontamiento, están relacionadas con la evolución de la depresión, la ansiedad y la calidad de vida percibida de los pacientes.

Por otra parte, la mayoría de los trabajos que han estudiado depresión y ansiedad en pacientes con cáncer, han utilizado el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) como cuestionario de evaluación. Se trata de una escala con una alta validez y fiabilidad utilizada en el medio hospitalario (60).

Muchos pacientes con cáncer son sujetos atendidos a nivel ambulatorio, por lo que el HADS podría no resultar apropiado como instrumento de evaluación. Sería importante utilizar instrumentos más adaptados a la población ambulatoria. En este sentido en este trabajo, se han utilizado el Beck Depression Inventory II (BDI-II) para evaluar depresión, y el State-trait Anxiety Inventory (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo) (STAI)

para evaluar ansiedad. Ambos instrumentos son muy utilizados en la práctica clínica española y han demostrado muy buenas propiedades psicométricas (61, 62, 63).

En cuanto a la evaluación de la calidad de vida, El Cuestionario de Calidad de vida relacionado con la salud short-form (SF-36), es un instrumento muy adecuado y su uso está muy extendido tanto en investigación y como en la práctica clínica (64). Asimismo, numerosos estudios utilizan el SF-36 para estudiar calidad de vida en pacientes con cáncer. Se ha utilizado para evaluar calidad de vida en pacientes con cáncer de tiroides (57), de mama y de colon (65), de próstata (66), de laringe (67), o de pulmón (58).

No existen demasiados instrumentos desarrollados o adaptados en España para evaluar estrategias de afrontamiento y los que hay no han mostrado buenas propiedades psicométricas. Sin embargo, el CSI (Inventario de Estrategias de Afrontamiento) que se desarrolló a partir de la Escala de modos de afrontamiento de Lazarus y Folkman, si las ha mostrado (35, 68). Por ello, en este trabajo utilizamos el CSI para evaluar estrategias de afrontamiento adaptativas y desadaptativas (36).

Por otra parte, se ha visto que, normalmente en psico-oncología se han tenido en cuenta los rasgos de personalidad como variables internas y estables. La mayoría de los trabajos se han hecho desde la perspectiva del “Big Five”, los cinco grandes rasgos de personalidad, y se ha encontrado que el rasgo que más predice distrés psicológico es el “Neuroticismo” (20, 21, 22).

Bajo nuestro conocimiento, los estudios existentes previos no han analizado la relación entre la psicopatología del enfermo oncológico y las variables de personalidad, desde la perspectiva de los trastornos de personalidad. En este trabajo se pretenderá hallar tal relación, para ello, se ha elegido el Inventario Multiaxial Clínico de Millon-II (MCMI-II), que se adapta a los diagnósticos clínicos propuestos en el DSM, y ha demostrado de sobra ser el cuestionario más idóneo para evaluar trastornos de la personalidad (69).

Se trata pues, con este estudio, de iniciar una línea de futuras investigaciones, en las que se plantearía si determinados rasgos de la personalidad, se asociarían a estrategias de afrontamiento más adaptativas, que favoreciesen a su vez una mejor adaptación psicológica a la enfermedad y actuaran como factores protectores ante la psicopatología.

En el caso de que existieran dichas relaciones entre las dimensiones de la personalidad, del afrontamiento, la psicopatología y la calidad de vida, se debería plantear qué factores específicos de personalidad y afrontamiento son los más relevantes tanto en el

momento actual, como a nivel prospectivo para así poder seleccionar el tratamiento psicológico más idóneo para estos pacientes. Este hallazgo nos permitiría plantearnos investigaciones posteriores encaminadas a determinar qué tipo de intervenciones psicológicas serían más efectivas para determinados tipos de pacientes con unos rasgos de personalidad característicos.

## **2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.1. OBJETIVO GENERAL**

El objetivo general de esta investigación es analizar la relación entre diferentes variables de personalidad y estrategias de afrontamiento, con la calidad de vida y la psicopatología presente en los pacientes con cáncer.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analizar si hay diferencias en las variables de personalidad, en las estrategias de afrontamiento, y en el impacto psicológico que produce la enfermedad (depresión, ansiedad y calidad de vida) por sexo, edad, estado civil, nivel de escolarización, localización del tumor y estadio de la enfermedad.
- Observar la evolución del estado psicológico (puntuaciones de depresión y ansiedad) y la calidad de vida de los pacientes según avanza el curso de la enfermedad oncológica.
- Analizar si determinados rasgos de personalidad y mecanismos de afrontamiento se relacionan con el estado psicológico del paciente (ansiedad, depresión) y la calidad de vida, a nivel transversal y longitudinal.
- Analizar si determinadas estrategias de afrontamiento median la relación entre rasgos de personalidad y el estado psicológico del paciente (nivel de ansiedad, depresión) y la calidad de vida.
- Analizar si hay posibles variables psicológicas (nivel de ansiedad, depresión), de calidad de vida, de afrontamiento o de personalidad, relacionadas con una mayor mortalidad en pacientes con cáncer, después de controlar el efecto de variables oncológicas relevantes.

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1. MUESTRA**

La muestra se compone de 59 sujetos con cáncer que son atendidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de La Princesa.

En concreto, se trata de pacientes que son recibidos por la consulta de Psicología Clínica, y vienen derivados desde los servicios de Oncología Médica y Oncología Radioterápica cuando se detectan posibles alteraciones ansioso-depresivas.

Los criterios de inclusión del estudio fueron: hombres y mujeres entre 18 y 80 años, diagnosticados un tumor sólido (excluyendo linfomas y leucemias) y sin antecedentes psiquiátricos previos registrados.

Todos los pacientes que cumplían los criterios de inclusión fueron invitados a participar voluntariamente en el estudio. Un 75% de las personas a las que se les propuso el estudio aceptó participar. Las razones de no participación fueron principalmente: que se encontraban muy cansados, o bien que creían que el pensar sobre su enfermedad, podría afectarles psicológicamente.

Todos los participantes fueron informados de los objetivos del estudio, se les entregó la “hoja de información al participante” (ver Anexo 1) y firmaron un “consentimiento informado” de participación (ver Anexo 2).

Las evaluaciones fueron efectuadas por Montserrat Alcañiz Rodríguez y por Marta Álvarez Calderón. Ambas entrevistadoras poseen amplia experiencia en el manejo y aplicación de todos los instrumentos del estudio.

La recogida de datos empezó en Octubre de 2014, y finalizó en Junio de 2017.

Las evaluaciones fueron efectuadas en el propio despacho de Psicología clínica del Hospital Universitario de la Princesa.

Tras las evaluaciones, todos los pacientes iniciaban tratamiento psicoterapéutico grupal, que consistía en sesiones de una hora de duración, con una frecuencia semanal, durante ocho meses.

En las terapias grupales se trabajaron transversalmente una serie de aspectos fundamentales, como son:

- la aceptación de la enfermedad;
- la ayuda en la búsqueda de apoyos, tanto a nivel familiar, como social e institucional;



- los mecanismos de afrontamiento del estrés;
- la potenciación de la capacidad para ventilar las emociones negativas;
- la elaboración de los miedos y fantasías de la enfermedad;
- la reducción de mitos sobre el cáncer;
- el aumento de la sensación de control y asunción de responsabilidades sobre la enfermedad;
- el entrenamiento en habilidades de comunicación;
- el entrenamiento en técnicas de relajación y control del estrés.

Una vez finalizada la terapia grupal, se hacía un seguimiento individual mensual. Durante las visitas de seguimiento, se citaba a los pacientes para las evaluaciones de seguimiento a los tres meses y a los doce meses desde el inicio de la evaluación (línea base). Si no acudían a dichas visitas, se contactaba con ellos por teléfono para proporcionarles la cita. Tras tres intentos de contacto fallidos se dejaba de insistir.

También se consultaba la Historia Clínica de cada paciente para cumplimentar datos sobre el estado de su enfermedad oncológica.

### **3.2. DISEÑO DEL ESTUDIO**

Se trata de un estudio naturalístico y longitudinal con tres momentos de evaluación. Se hace una primera evaluación en el momento en que la psicóloga clínica recibe al paciente (línea base, T1), y se reevalúa a los tres meses de línea base (T2), y al año (T3).

### **3.3. INSTRUMENTOS**

#### **3.3.1. Variables dependientes**

##### ***Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)***

El Inventario de Depresión de Beck es un test auto-administrado de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert (62).

El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores, han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión

(70). Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. El BDI-II ha experimentado algunas modificaciones respecto a las versiones anteriores para representar mejor los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (24) y CIE-10 (71). La prueba fue inicialmente diseñada para un uso clínico, como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad.

Cada ítem está formado por cuatro respuestas valoradas de 0 a 3 según la severidad del síntoma. El paciente debe seleccionar la respuesta que más se adecue a su estado en la última semana.

Desde el punto de vista clínico, se considera depresión una puntuación superior a 21 en el test. Por otra parte, se han establecido los siguientes puntos de corte para clasificar a los pacientes en cuatro grupos: mínima depresión (0-13 puntos), depresión leve (14-19 puntos), depresión moderada (20-28 puntos) y grave (29-63 puntos) (68).

Wang et al. (63) estudiaron las propiedades psicométricas del BDI-II y encontraron datos de consistencia interna en torno a 0,9 y de fiabilidad retest entre 0,73 y 0,96. Los datos apuntaron que es un inventario con buena sensibilidad y especificidad para detectar depresión, y tiene una robusta validez de contenido y concurrente. El cuestionario ha sido adaptado y validado para población española (72).

### ***Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)***

El inventario de Ansiedad Estado-Rasgo es un test diseñado por Spielberg en 1994, que consta de 40 ítems, el cual completa el propio sujeto, y valora la presencia y severidad de posible sintomatología de ansiedad así como la susceptibilidad individual a desarrollarla (73).

Los 20 primeros ítems constituyen la sub-escala de “**Ansiedad-Estado**” que evalúa el estado de ansiedad en el momento presente, y por tanto más susceptible de ser influido por las condiciones externas e internas que rodean a la persona. Los otros 20 ítems forman la escala de “**Ansiedad-Rasgo**”, que evalúa aspectos más estables de la ansiedad, siendo de mayor importancia la influencia de la personalidad previa (74).

Cada uno de los 40 ítems está formado por cuatro respuestas valoradas de 0 a 3. No existen puntos de corte propuestos, sino que las puntuaciones directas que se obtienen

se transforman en percentiles en función del sexo y la edad. Se diferencian así cuatro grupos: por debajo del percentil 50, entre el percentil 50 y el 75, entre el percentil 75 y por encima del percentil 90.

Guillén-Riquelme et al. (61), realizaron una búsqueda bibliográfica en Tripdatabase, Cochrane, PyscINFO y Scholar Google, de documentos publicados entre 2008 y 2012 que trataran de la versión española del STAI. Concluyeron, que el STAI es un cuestionario sensible para medir el nivel de ansiedad, y fiable en personas diagnosticadas de crisis de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno por estrés agudo.

### ***Cuestionario de Calidad de vida relacionado con la salud short-form (SF-36)***

El Cuestionario de Salud SF-36 es un instrumento para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud que consta de 36 preguntas creado por Ware et al. (75).

La calidad de vida relacionada con la salud comprende el conjunto de percepciones subjetivas sobre las funciones físicas, emocionales, sociales y cognitivas, que se ven influidas por los síntomas de la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos (64).

El cuestionario abarca 8 dimensiones: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental del paciente. Con el fin de facilitar el manejo de estas 8 dimensiones, los datos quedan agrupados en dos medidas que representan la dimensión física y psicológica de la calidad de vida percibida: Media de Salud Física y Media de Salud Mental. Las puntuaciones de cada paciente se suman y posteriormente se transforman en puntuaciones de 0 al 100, donde 0 implica la peor y 100 la mejor calidad de vida percibida.

Vilagut et al. (64), hicieron una revisión de los artículos indizados en Medline (PubMed) y en las bases de datos IBECS e IME que habían utilizado la versión española del cuestionario. El SF-36 mostró buena discriminación entre grupos de gravedad, correlación moderada con indicadores clínicos, y alta con otros instrumentos de calidad de vida. Concluyeron que el SF-36, es un instrumento muy adecuado para su uso en investigación y en la práctica clínica.

### **3.3.2. Variables independientes**

#### ***Estrategias de afrontamiento:***

Las estrategias de afrontamiento se midieron con el Inventario de estrategias de Afrontamiento (CSI).

Se trata de un inventario auto-administrado, diseñado por Tobin et al. (76) y adaptado al español por Cano (36), que evalúa el uso de estrategias de afrontamiento. Consta de 40 ítems, y diferencia entre estrategias de afrontamiento activo o dirigidas a la acción (resolución de problemas, reestructuración cognitiva, expresión de emociones y apoyo social), y estrategias de afrontamiento pasivo o no dirigidas a la acción (evitación de problemas, pensamientos ansiosos, autocrítica y retirada social). Este instrumento ha demostrado una moderada consistencia interna (Alfa de Cronbach entre .70 y .86, siendo el promedio de .8125) (36).

Tiene una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias. La persona comienza por describir de manera detallada la situación estresante; después, contesta cada ítem según una escala tipo Likert de cinco puntos que define la frecuencia de lo que hizo en la situación descrita (desde “nunca utilizada” a “siempre utilizada”). Al final de la escala contesta un ítem adicional acerca de la autoeficacia percibida del afrontamiento. Las ocho escalas primarias son las siguientes:

- 1) **Resolución de problemas:** estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce.
- 2) **Reestructuración cognitiva:** estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante.
- 3) **Apoyo social:** estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional.
- 4) **Expresión emocional:** estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés.
- 5) **Evitación de problemas:** estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante.
- 6) **Pensamiento desiderativo:** estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.
- 7) **Retirada social:** estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante.
- 8) **Autocrítica:** estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la

ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

En la escala original de Tobin et al. (76) se incluyen las escalas secundarias que surgen de la agrupación empírica de las primarias:

- Manejo adecuado centrado en el problema, que incluye las subescalas de Resolución de problemas y Reestructuración cognitiva, indicando un afrontamiento adaptativo centrado en el problema, ya modificando la situación o su significado;
- Manejo adecuado centrado en la emoción, que incluye las subescalas de Apoyo social y Expresión emocional, lo que refleja un afrontamiento adaptativo centrado en el manejo de las emociones que afloran en el proceso estresante;
- Manejo inadecuado centrado en el problema, la que consta de las subescalas de Evitación de problemas y Pensamiento desiderativo, que indican un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, bien evitando las situaciones estresantes o fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras;
- Manejo inadecuado centrado en la emoción, compuesta por las subescalas Retirada social y Autocrítica, que reflejan un afrontamiento desadaptativo centrado en las emociones, pero basado en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpación.

Las escalas terciarias surgen de la agrupación empírica de las secundarias:

- Manejo adecuado, con las subescalas de Resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, Apoyo social y Expresión emocional, indicando así los esfuerzos activos y adaptativos por compensar la situación estresante;
- Manejo inadecuado, que incluye las subescalas de Evitación de problemas, Pensamiento desiderativo, Retirada social y Autocrítica, las que sugieren un afrontamiento pasivo y desadaptativo.

El CSI fue parcialmente desarrollado, como la práctica totalidad de los instrumentos de evaluación de estrategias de afrontamiento, a partir de la Escala de Modos de Afrontamiento, aunque más de la mitad de los ítems fueron generados por los autores utilizando entrevistas estructuradas, entrevistas abiertas y sesiones de tormenta de ideas. El inventario (pool) inicial de 109 ítems fue sometido a análisis factorial jerárquico que dio lugar a la estructura que se comenta en el manual del instrumento (76). El instrumento final se compuso de los mejores 72 ítems, 9 para cada una de las 8 escalas primarias, y se validó a partir de una muestra de 398 sujetos universitarios. La

estructura de primer orden alcanzó una explicación del 47% de la varianza total y los coeficientes de fiabilidad alfa de Cronbach oscilaron entre 0,72 y 0,94. El CSI se ha utilizado en investigaciones de afrontamiento en trasplantados, en enfermos por virus VIH, en estrés postraumático, en amputados, en automutilados, etc (36).

### ***Rasgos de personalidad:***

Los rasgos de personalidad fueron medidos por el ***Inventario Multiaxial Clínico de Millon-II (MCMI-II)***.

Se trata de un cuestionario diseñado por Millon y Davis en 1997, a partir del Inventario Multiaxial Clínico de Millon-I (MCMI-I) (69). El MCMI-I original fue reformulado para adaptarse mejor a las categorías del DSM-III. El MCMI-III, es una nueva revisión adaptada al DSM-IV (77).

El MCMI-II, es un cuestionario que identifica posibles trastornos de personalidad y valora los estilos cognitivos potencialmente significativos respecto a los trastornos psicológicos. Sigue los criterios diagnósticos del DSM-III-R (69).

Consta de 175 ítems dicotómicos Verdadero-Falso y contiene 10 subescalas que evalúan trastornos de la personalidad clínicos. Son las llamadas escalas básicas: Esquizoide, Evitativa, Dependiente, Histriónica, Narcisista, Antisocial, Pasivo-Agresiva y Autodestructiva.

En la teoría se formulan tres propuestas adicionales de personalidad patológica para representar problemas estructurales graves y procesos disfuncionales. Difieren de las 10 primeras configuraciones en varios criterios, sobre todo, por su déficit en la competencia social y frecuentes (aunque fácilmente reversibles) episodios psicóticos. Son especialmente vulnerables a las tensiones cotidianas de la vida, menos integrados desde el punto de vista de la organización de la personalidad y menos efectivos en el afrontamiento que los 10 tipos más leves. Las llamadas escalas patológicas son: Esquizotípica, Paranoide y Límite. También hay escalas que describen síndromes clínicos que son de tipo reactivo, causados por sucesos externos y que aparecen de golpe. Suelen tener una duración menor que los trastornos de la personalidad. Estas sub-escalas son Ansiedad, Histeriforme, Hipomanía, Neurosis Depresiva, Abuso de alcohol, Abuso de drogas, Pensamiento Psicótico, Depresión Mayor, y Trastorno Delirante.

Además, tiene índices que ajustan y detectan sesgos en las puntuaciones de las subescalas, estimando así la extensión de su validez. Hay en total 4 escalas para el

control de calidad: validez, sinceridad, deseabilidad y alteración.



Figura 3. Escalas Básicas del MCMI-II

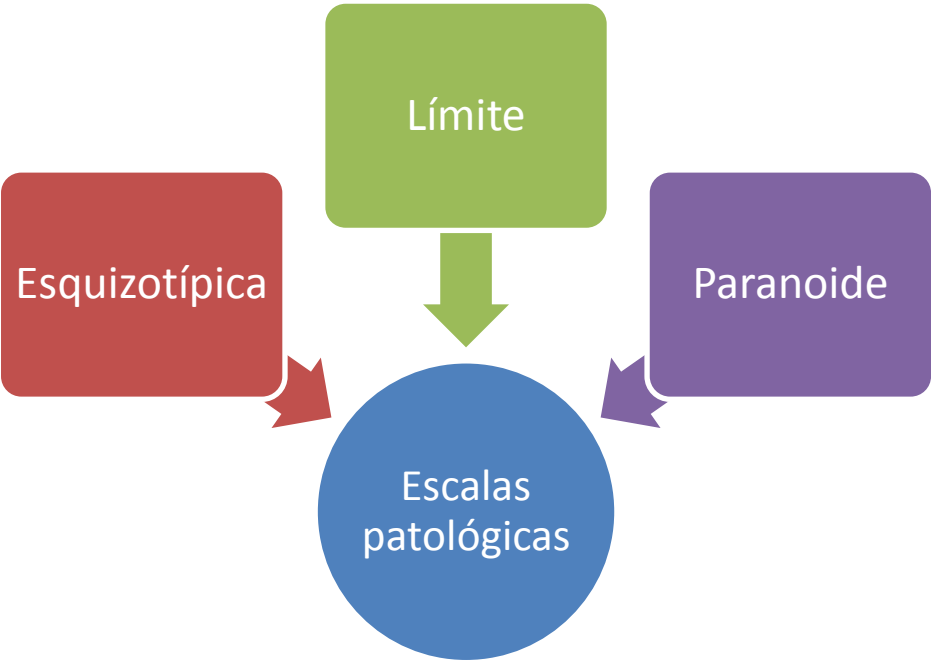


Figura 4. Escalas Patológicas del MCMI-II

En la corrección de la prueba, se obtienen 24 puntuaciones. Mediante una tabla de transformaciones se convierten a puntuaciones normalizadas (diferenciadas según el género), que pueden establecerse individualmente o estableciendo un perfil. Puntuaciones entre 75 y 84 indican la presencia de rasgos, y mayores de 84, la presencia de un trastorno. Se pueden corregir mediante un programa informático o en red.

Como todos los cuestionarios de personalidad, tiende a cometer más errores de falsos positivos que otros instrumentos, por lo que es una buena prueba de detección, siempre y cuando exista una medida posterior más exigente. La interpretación del MCMI-II debe ser realizada por un psicólogo clínico experto en trastornos de la personalidad y con práctica en el uso de este tipo de test.

Si hablamos de fiabilidad, tiene una consistencia interna moderada (Coeficiente Alfa de 0,66-0,89); una fiabilidad test-retest (dos semanas) para las puntuaciones dimensionales entre 0,85-0,93; y una fiabilidad test-retest para el diagnóstico dimensional entre 0,60 y 0,89; La fiabilidad interjueces (Grado de acuerdo entre jueces en los diagnóstico) fue moderada/baja con un kappa <0,45 para todos los trastornos de personalidad (69). El CSI fue adaptado por Ávila Espada a la población española (69).

#### ***Variables demográficas:***

Se recogieron variables demográficas como: sexo, edad (en años), estado civil (clasificando a los sujetos como: casado, soltero, con pareja, separado/divorciado, viudo), tipo de convivencia (solo, en pareja, con pareja e hijos, otros), educación (en las categorías de universitaria, COU o equivalente, educación obligatoria, formación profesional, educación parcial o educación inferior a la secundaria), y situación laboral (en las categorías de activo, en paro, baja laboral, invalidez, jubilado).

#### ***Variables clínicas (oncológicas):***

Las variables clínicas también fueron recogidas, tales como: tipo de tumor (categorizados en mama, ginecológico, pulmón, colon, próstata, cabeza y cuello, y otros), estadio del tumor, fecha del primer diagnóstico (meses de enfermedad), tipo de tratamientos recibidos (cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, otros), y estado actual de la enfermedad (libre de enfermedad o estable, con recidiva local, o con metástasis). Estos datos fueron consultados en la Historia Clínica de los pacientes.



### **3.3.3. Evaluación y administración de los instrumentos**

Al momento de su llegada a Psiquiatría (línea base, T1), se administró a todos los participantes, el protocolo de evaluación compuesto por: hoja de datos sociodemográficos y clínicos (oncológicos), Test de personalidad de Millon II (MCMI-II), Cuestionario de estrategias de afrontamiento (CSI), Test de depresión de Beck II (BDI-II), Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI) y el Cuestionario de salud (SF-36). También se les entregó la “Hoja de información al participante” (ver Anexo 1) y el “Consentimiento informado” (ver Anexo 2).

A los tres meses (T2), y al año (T3) desde su llegada a Psiquiatría, se reevaluó a los sujetos con un protocolo compuesto por: hoja de datos clínicos (oncológicos), Test de depresión de Beck II (BDI-II), Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI) y el Cuestionario de salud (SF-36). El MCMI-II y el CSI no se volvieron a administrar dado que las variables de personalidad y las estrategias de afrontamiento, se consideraron estables en el tiempo.

El momento de administración de todas las variables del estudio e instrumentos se encuentran detallados en la Tabla 1.

**Tabla 1. Administración de los instrumentos del estudio en cada momento de evaluación.**

	<b>Línea Base (T1)</b>	<b>3 Meses (T2)</b>	<b>12 Meses (T3)</b>
<b>Demográficos</b>	X	-	-
<b>Clínicos (oncológicos)</b>	X	X	X
<b>Test de Personalidad (MCMI-II)</b>	X	-	-
<b>Cuestionario de afrontamiento (CSI)</b>	X	-	-
<b>Depresión (BDI-II)</b>	X	X	X
<b>Ansiedad Estado.Rasgo (STAI)</b>	X	X	X
<b>Calidad de Vida (SF-36)</b>	X	X	X

### **3.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

#### **3.4.1. Análisis descriptivos**

En primer lugar, se procedió a describir la muestra en línea base. Para ello, las variables cuantitativas se describieron con su puntuación media y desviación estándar (SD). Las variables cualitativas se expresaron en porcentaje y en frecuencias. Seguidamente se comprobó si las variables dependientes (depresión, ansiedad y calidad de vida), mecanismos de afrontamiento y personalidad, tuvieron una distribución muestral normal con el Test de Shapiro-Wilk (78).

#### **3.4.2. Análisis comparativos de las características de la muestra**

Se verificó si hubo diferencias entre características de la muestra (demográficas y oncológicas), y las variables de personalidad, los estilos de afrontamiento, y el estado psicológico (depresión, ansiedad y calidad de vida).

En el caso de que la variable dependiente (personalidad, mecanismos de afrontamiento, depresión, ansiedad y calidad de vida) siguiera una distribución normal y la variable de agrupación (demográfica u oncológica) fuera binaria se empleó t de Student. Para la comparación de medias en los que la variable de agrupación tenía más de 2 valores se usó ANOVA previa comprobación del supuesto de normalidad y de homocedasticidad (Test de Levene). Para aquellas variables que no siguieron una distribución normal, se realizó un test no paramétrico de U-Mann Whitney (en el caso de variables independientes binarias) y de Kruskal Wallis (cuando la variable dependiente tuvo más de dos valores). Para la asociación de dos variables *cuantitativas* se analizó la correlación de Pearson cuando la distribución de ambas variables era normal y de Spearman cuando alguna de las dos variables no siguieran una distribución normal.

#### **3.4.3. Cambios de las variables de estudio a lo largo del tiempo**

Debido también al reducido tamaño de la muestra a los 12 meses (n=24), se optó por la aplicación de pruebas no paramétricas (en vez de ANOVA de medidas repetidas). El test de Friedman (y su estadístico  $\chi^2$ ) se utilizó para comprobar si hubo cambios significativos a lo largo de los tres tiempos de evaluación en las principales variables dependientes cuantitativas del estudio (depresión, calidad de vida, y ansiedad rasgo y estado). Para estos análisis se utilizaron todos los casos disponibles en los tres tiempos de evaluación.

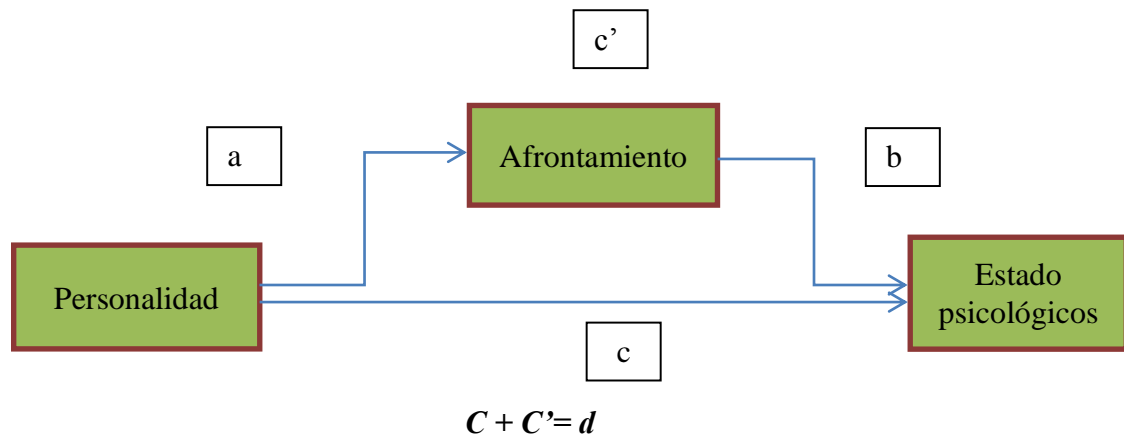
#### **3.4.4. Factores asociados a las variables psicológicas en línea base, a medio y a largo plazo**

El estudio de relaciones entre variables de personalidad, mecanismos de afrontamiento y variables de estado psicológico se efectuó en dos pasos. En primer lugar, se realizaron regresiones simples de todas las variables del estudio con las variables dependientes (depresión, ansiedad y calidad de vida) para saber qué factores debían ser potencialmente analizados. Una vez identificadas las variables estadísticamente relacionadas con los estados psicológicos y calidad de vida ( $p \leq 0,05$ ), éstas se introdujeron en un modelo de regresión múltiple.

De esta manera, se procedió a realizar modelos de regresión lineal múltiple, para verificar si las distintas estrategias de afrontamiento y los rasgos de personalidad en línea base (T1), se relacionaban con el estado psicológico (depresión, ansiedad, y calidad de vida) a nivel transversal (T1), a medio (a los 3 meses, T2) y a largo plazo (al año, T3). Los análisis de regresión múltiple se hicieron con el método hacia atrás ya que se quiso obtener el mejor modelo explicativo posible, incluyendo la mejor combinación de las variables que explicaran los diferentes estados psicológicos.

#### **3.4.5 Análisis de Mediación de las variables de afrontamiento entre las variables de personalidad y estado psicológico en línea base**

Para comprobar si los diferentes tipos de afrontamiento mediaban entre las diversas variables de personalidad (Esquizoide, Esquizotípica, Paranoide, Límite, Narcisista, Antisocial, Histriónica, Dependiente, Compulsiva, Evitativa, Pasivo-Agresiva, Agresivo-Sádica y Autodestructiva) y el estado psicológico (depresión, ansiedad estado y rasgo, y calidad de vida percibida) se realizaron en primer lugar, regresiones lineales simples para verificar si cada una de las variables de personalidad estaban relacionadas con cada uno de los estados psicológicos (relación directa: relación c en figura 5). Asimismo, se comprobó si había relación entre cada uno de los mecanismos de afrontamiento y los estados psicológicos (camino b). En el caso de que ambas relaciones fueran significativas se aplicó el test Sobel-Goodman (79, 80), para calcular simultáneamente, los coeficientes de la relación directa (c), los de la relación entre la personalidad y el mecanismo de afrontamiento (camino a), los de la relación entre el mecanismo de afrontamiento y el estado psicológico (camino b), y por último obtener los coeficientes de relación indirecta (c') y el coeficiente total (d) (ver Figura 5).



*Figura 5. Mediación de los mecanismos de afrontamiento entre las variables de personalidad y los estados psicológicos*

#### **3.4.6. Análisis de factores relacionados con mortalidad**

En primer lugar, se contabilizaron los participantes que a lo largo del estudio habían fallecido. Posteriormente para verificar qué variables basales demográficas, oncológicas, psicológicas, de afrontamiento o de personalidad estuvieron asociadas a mortalidad, se realizaron dos pasos. En primer lugar, se aplicaron modelos de regresión logística simple de todas las variables con mortalidad. En segundo lugar, solamente aquellas variables que fueron significativas en los análisis de regresión simple ( $p \leq 0.05$ ), se introdujeron en una regresión logística múltiple con el método hacia atrás, para así obtener el modelo más óptimo de explicación de la variable presencia de mortalidad.

#### **3.4.7. Análisis de casos perdidos**

Por último, para verificar si pudo haber un sesgo de pérdida de participantes a lo largo del tiempo (“drop-outs”), se realizó un modelo de regresión logística múltiple en el que se verificó si alguna de las variables basales (i.e. ansiedad, depresión y calidad de vida percibida) estaban longitudinalmente relacionadas con la no participación voluntaria (pérdida) en ninguna de las evaluaciones de seguimiento (3 meses y 12 meses). En el caso de que alguna variable estuviera significativamente relacionada con la no participación de los participantes en las sucesivas evaluaciones de seguimiento, se asumiría que la probabilidad de sesgo por pérdida de participantes en el estudio sería grande.

Todos los análisis estadísticos del presente trabajo se realizaron con el programa SPSS (v. 23.0), salvo los análisis de mediación que se realizaron con el programa STATA versión 14.

Los resultados de todos los análisis estadísticos se consideraron como significativos a un nivel de confianza del 95%.

#### **4. HIPÓTESIS**

1. Las personas que obtengan puntuaciones mayores en determinadas subescalas del MCMI-II (Límite, Esquizotípica y Paranoide), obtendrán puntuaciones peores en calidad de vida y salud general (SF-36). Esta hipótesis se comprobará tanto a nivel longitudinal como transversal.
2. Las personas que obtengan puntuaciones mayores en determinadas subescalas del MCMI-II (Límite, Esquizotípica y Paranoide) obtendrán puntuaciones mayores en los cuestionarios de depresión (BDI-II) y ansiedad estado (STAI). Esta hipótesis se comprobará tanto a nivel longitudinal como transversal.
3. Las personas que obtengan puntuaciones mayores en determinadas estrategias de afrontamiento (CSI) (Resolución de problemas, Expresión emocional, Apoyo social o Reestructuración cognitiva) obtendrán puntuaciones menores en los cuestionarios de depresión (BDI-II) y ansiedad estado (STAI). Esta hipótesis se comprobará tanto a nivel longitudinal como transversal.
4. Las personas que obtengan puntuaciones mayores en determinadas estrategias de afrontamiento (CSI) (Resolución de problemas, Expresión emocional, Apoyo social o Reestructuración cognitiva) obtendrán puntuaciones mejores en calidad de vida y salud general (SF-36). Esta hipótesis se comprobará tanto a nivel longitudinal como transversal.
5. Las personas que obtengan puntuaciones mayores en determinadas estrategias de afrontamiento (CSI) (Autocrítica, Evitación de problemas o Retirada social) obtendrán puntuaciones peores en calidad de vida y salud general (SF-36). Esta hipótesis se comprobará tanto a nivel longitudinal como transversal.
6. Las personas que obtengan puntuaciones mayores en determinadas estrategias de afrontamiento (CSI) (Autocrítica, Evitación de problemas o Retirada social) obtendrán puntuaciones mayores en los cuestionarios de depresión (BDI-II) y ansiedad estado (STAI). Esta hipótesis se comprobará tanto a nivel longitudinal como transversal.
7. Las mujeres, las personas en paro, los solteros, las personas que viven solas, y las personas de mayor edad, tendrán mayores puntuaciones en ansiedad y depresión y peor calidad de vida a nivel basal. Las personas con mayor gravedad del cáncer (estadios III y IV), los que tienen metástasis, y los que han recibido tratamiento de cirugía, tendrán mayores puntuaciones en ansiedad y depresión, y menores de calidad de vida a nivel basal.

8. Los niveles de depresión y ansiedad (puntuaciones BDI y STAI) se irán reduciendo a lo largo del tiempo, mientras que la calidad de vida (SF-36) irá aumentando. Esta hipótesis se comprobará a nivel longitudinal.
9. Determinadas estrategias de afrontamiento (CSI) (Resolución de problemas, Expresión emocional, Apoyo social y Reestructuración cognitiva) mediarán entre las variables de personalidad y el estado psicológico (depresión y ansiedad) del paciente.
10. Habrá variables psicológicas, de personalidad y de afrontamiento, que estarán relacionadas con mayor probabilidad de mortalidad a lo largo del estudio, después de controlar las variables clínicas y demográficas relacionadas también con mortalidad.

## 5. RESULTADOS

### 5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS

La muestra estuvo compuesta por 59 pacientes en línea base, de los cuales el 79,7% (n=47) son mujeres. La media de edad fue de 53,71 años. Un 56% (n=33) estuvo casados o tuvieron pareja, mientras que vivieron solo el 19% (n=19). El 45,7% (n=28) tuvieron formación universitaria y sólo un 13,6% (n=8) trabajó en el momento del estudio (Ver Tabla 2).

Más de la mitad de la muestra tuvo cáncer de mama (57,6%), un 15,3% (n=9) tenía cáncer de pulmón, un 11,9% (n=7) padeció cáncer de cabeza y cuello y un 5,1% (n=3) tenía cáncer de colon. El 32,2% (n=19) de ellos tuvo metástasis al iniciar el estudio. Los pacientes llevaron de media 18,69 meses desde que se diagnosticó la enfermedad en línea base. En ese tiempo habían recibido diferentes tratamientos. Un 71,2% (n=42) se había sometido a alguna intervención quirúrgica relacionada con la enfermedad, el 89,8% (n=53) había recibido quimioterapia, el 61% (n=36) radioterapia, y el 27,1% (n=16) tratamiento hormonal (Ver Tabla 3).

A nivel psicológico, las puntuaciones más altas en el Cuestionario de estrategias de afrontamiento CSI, las obtuvieron en las escalas: “Pensamiento Desiderativo” ( $\bar{X}=62,5$ ;  $D.T.=26,52$ ), “Expresión Emocional” ( $\bar{X}=58,48$ ;  $D.T.=28,43$ ), y “Apoyo Social” ( $\bar{X}=55,56$ ;  $D.T.=32,59$ ). En el Cuestionario de personalidad MCMI-II, las puntuaciones más altas aparecieron en las escalas: “Compulsiva” ( $\bar{X}=84,38$ ;  $D.T.=38,78$ ), “Esquizoide” ( $\bar{X}=68,51$ ;  $D.T.=28,63$ ), y “Dependiente” ( $\bar{X}=65,11$ ;  $D.T.=29,70$ ). El punto de corte de los valores poblacionales del MCMI-II para la detección de rasgos disfuncionales es 75, por lo que solamente la media de la escala “Compulsiva” estuvo por encima de dicho punto de corte (Ver Tabla 4).

La media de las puntuaciones en el BDI-II (depresión) fue de 17, y un 30,2% (n=19) de los pacientes presentó una severidad de depresión moderada o grave (ver Tabla 5).

El 40% (n=33) de los sujetos de la muestra presentó puntuaciones mayores del centil 75 en “Ansiedad Estado”, con una media de 30,51 y una desviación típica de 12,38. En “Ansiedad Rasgo”, la media obtenida fue de 29,39 con una desviación típica de 10,37. El 39,3% (n=20) presentó puntuaciones mayores del centil 75 (ver Tabla 5).

En cuanto a la calidad de vida percibida, las puntuaciones más altas, fueron observadas en las escalas: “Función Física” ( $\bar{X}=60,48$ ;  $D.T.=23,65$ ), “Rol Emocional”



( $\bar{X}$ =59,27;  $D.T.$ =45,53) y “Funcionamiento Social” ( $\bar{X}$ =56,57  $D.T.$ =27,50). Las puntuaciones más bajas aparecieron en: “Salud General” ( $\bar{X}$ =34,49  $D.T.$ =20,32), “Rol Físico” ( $\bar{X}$ =35,59;  $D.T.$ =39,99) y “Vitalidad” ( $\bar{X}$ =41,88;  $D.T.$ =22,06). La “Media Física” ( $\bar{X}$ =47,79;  $D.T.$ =21,98) fue menor que la “Media Mental” ( $\bar{X}$ =53,29;  $D.T.$ =21,24) (ver Tabla 9).

**Tabla 2. Características demográficas de la muestra en línea base**

<b>Variables</b>	<b><math>\bar{X}</math> (D.T)</b>	<b>Min-Max</b>	<b>n (%)</b>
<b>Edad</b>	53,71 (11,77)	32-79	
<b>Género</b>			
Mujer			47 (79,7)
Hombre			12 (20,3)
<b>Estado civil</b>			
Casado			26 (44,1)
Soltero			14 (23,7)
Con pareja			7 (11,9)
Separado/Divorciado			8 (13,6)
Viudo			4 (6,8)
<b>Convivencia</b>			
Vive solo			19 (32,2)
Vive en pareja			16 (27,1)
Vive con pareja e hijos			18 (30,5)
Otros			6 (10,2)
<b>Educación</b>			
Universitario			28 (47,5)
COU o equivalente			12 (20,3)
Educ. Obligatoria			9 (15,3)
Formación Profesional			5 (8,5)
Educ. Parcial (inferior a secundaria)			3 (5,1)
<b>Situación Laboral</b>			
En activo			8 (13,6)
En paro			7 (11,9)
Baja laboral			25 (42,4)
Invalidez			8 (13,6)
Jubilado			11 (18,6)

**Tabla 3. Variables oncológicas de la muestra en línea base**

<b>Variables</b>	<b><math>\bar{X}</math> (D.T)</b>	<b>Min-Max</b>	<b>n (%)</b>
<b>Localización tumor</b>			
Mama			34 (57,6)
Ginecológico			2 (3,4)
Pulmón			9 (15,3)
Colon			3 (5,1)
Próstata			2 (3,4)
Cabeza, Cuello			7 (11,9)
Otros			2 (3,4)
<b>Estadio del tumor</b>			
I			12 (20,3)
II			12 (20,3)
III			15 (25,4)
IV			20 (33,9)
<b>Meses de enfermedad</b>	18,69 (26,02)	1-164	
Menos de 6 meses			12 (20,3)
Entre 6 y 12 meses			18 (30,5)
Más de 12 meses			29 (49,2)
<b>Tratamiento cirugía</b>			
No			17 (28,8)
Si			42 (71,2)
<b>Tratamiento quimioterapia</b>			
No			6 (10,2)
Si			53 (89,8)
<b>Tratamiento radioterapia</b>			
No			23 (39)
Si			36 (61)
<b>Tratamiento hormonal</b>			
No			43 (72,9)
Si			16 (27,1)
<b>Estado de la enfermedad</b>			
Libre de enfermedad (Estable)			38 (64,4)
Con recidiva local			3 (5,1)
Con metástasis			16 (27,1)
<b>Existencia metástasis</b>			
No			40 (67,8)
Si			19 (32,2)

**Tabla 4. Variables psicológicas de la muestra en línea base**

<b>Variables</b>	<b><math>\bar{X}</math> (D.T)</b>	<b>Min-Max</b>	<b>n (%)</b>
<b>Puntuaciones CSI (afrontamiento). PC</b>			
Resolución de problemas	37,29 (23,63)	4-85	
Autocrítica	52,83 (21,82)	30-97	
Expresión emocional	58,48 (28,43)	5-99	
Pensamiento desiderativo	62,5 (26,52)	10-95	
Apoyo social	55,56 (32,59)	2-99	
Reestructuración cognitiva	40,08 (28,13)	10-118	
Evitación de problemas	48,10 (29,99)	5-99	
Retirada social	54,92 (31,41)	15-99	
<b>Puntuaciones MCMI.II. (personalidad). PC</b>			
Esquizoide	68,51 (28,63)	10-118	
Fóbica	36,40 (25,05)	1-105	
Dependiente	65,11 (29,70)	0-118	
Histriónica	42,93 (27,95)	1-107	
Narcisista	49,04 (32,00)	2-104	
Antisocial	37,60 (30,77)	0-98	
Agresivo-sádica	43,67 (30,02)	2-111	
Compulsiva	84,38 (32,78)	4-121	
Pasivo-agresiva	33,62 (26,50)	0-99	
Autodestructiva	34,00 (22,44)	7-91	
Esquizotípica	48,96 (28,60)	2-104	
Límite	33,51 (25,92)	1-100	
Paranoide	52,05 (34,76)	1-115	

## **5.2. ANÁLISIS COMPARATIVOS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA**

Todas las variables de impacto psicológico (depresión, ansiedad y calidad de vida) mostraron una distribución normal en línea base, por lo que se procedió a comparar las variables demográficas y oncológicas y las variables de impacto psicológico con pruebas paramétricas (T de Student y ANOVA) (ver Tabla 5). Por el contrario, la mayoría de las variables de personalidad y los mecanismos de afrontamiento no siguieron una distribución normal por lo que para el análisis con estas variables se procedió a usar pruebas no paramétricas (79).

**Tabla 5. Resultados del test Shapiro Wilk para la comprobación de la normalidad**

<b>Variables</b>	<b>Shapiro-Wilk test (p)</b>
Síntomas de depresivos (BDI-II)	0.97 (0.18)
Ansiedad	
Ansiedad rasgo (STAI)	0.97 (0.26)
Ansiedad estado (STAI)	0.97 (0.20)
Calidad de vida	
Media Mental	0.92 (0.53)
Media Física	0.96 (0.15)
Mecanismo de afrontamiento	
Resolución de problemas	0.99 (0.85)
<b>Autocrítica</b>	<b>0.87 (0.0004)</b>
Expresión emocional	0.99 (0.99)
Pensamiento desiderativo	0.95 (0.07)
Apoyo social	0.95 (0.05)
Reestructuración cognitiva	0.98 (0.60)
<b>Evitación de problemas</b>	<b>0.94 (0.020)</b>
<b>Retirada social</b>	<b>0.93 (0.010)</b>
Personalidad	
Esquizoide	0.97 (0.27)
<b>Fóbica</b>	<b>0.94 (0.010)</b>
Dependiente	0.98 (0.32)
<b>Histriónica</b>	<b>0.95 (0.040)</b>
<b>Narcisista</b>	<b>0.93 (0.004)</b>
<b>Antisocial</b>	<b>0.90 (0.0002)</b>
<b>Compulsiva</b>	<b>0.90 (0.0003)</b>
Esquizotípica	0.96 (0.080)
<b>Límite</b>	<b>0.94 (0.006)</b>
<b>Autodestructiva</b>	<b>0.92 (0.002)</b>
<b>Agresivo-sádica</b>	<b>0.94 (0.011)</b>
<b>Paranoide</b>	<b>0.94 (0.020)</b>
<b>Pasivo-agresiva</b>	<b>0.93 (0.004)</b>

En negrita se representan los valores que fueron estadísticamente significativos con un  $p \leq 0.05$

No hubo diferencias significativas entre las variables psicológicas (depresión, ansiedad y calidad de vida), de afrontamiento y de personalidad entre hombre y mujeres (ver Tabla 6). Los solteros no presentaron puntuaciones diferentes ni en ansiedad, ni en depresión, ni en calidad de vida, ni en personalidad, ni en mecanismos de afrontamiento, en comparación con los casados, con pareja, separados/divorciados, o viudos (ver Tabla 6). Las personas que vivieron solas no se diferenciaron de las que vivieron acompañadas en las variables oncológicas, en el tipo de mecanismo de afrontamiento, ni en las variables de personalidad (ver Tabla 6). Por otro lado, los sujetos en paro o en situación de invalidez respecto a los que estuvieron activos laboralmente, tuvieron una mayor “Media Mental ( $t=3,42$ ;  $p=0,02$ )”, y mayor “Expresión emocional ( $t=2,72$ ;  $p=0,01$ )” que

los que estuvieron parados. Además, los que no estuvieron activos laboralmente, puntuaron significativamente más bajo en las escalas de personalidad “Esquizoide ( $t=-2,15$ ;  $p=0,04$ )” y “Esquizotípica ( $t=-2,18$ ;  $p=0,03$ )”, y puntuaron más alto en “Límite ( $U=102,00$ ;  $p=0,04$ )”, y “Fóbica ( $U=121,50$ ;  $p=0,01$ )”, que las personas que estaban trabajando (ver Tabla 6).

Las personas de mayor edad, resultaron puntuar menos en “Expresión emocional ( $r=-0,358$ ;  $p=0,009$ )”, en “Reestructuración ( $r=-0,322$ ;  $p=0,020$ )” y en “Autocrítica ( $r=-0,25$ ;  $p=0,06$ )” (ver Tabla 8).

Analizando las medias de variables de personalidad, afrontamiento y psicológicas, los resultados indicaron que no se obtuvieron diferencias en ninguna de ellas según los grupos de Estado civil, el Nivel de educación y la Localización del tumor. Si hubo en cambio, relación entre el Nivel de educación y la puntuación en el “STAI Estado” ( $F=3,33$ ;  $p=0,01$ ) (ver tabla 7). La prueba posthoc de Bonferroni, indicó que los universitarios tuvieron puntuaciones más bajas en Ansiedad Estado que el resto de niveles educativos que las personas con “Educación Parcial o Educación inferior a la secundaria”, pero esta diferencia fue marginalmente significativa ( $p=0,061$ ).

Las personas con metástasis obtuvieron puntuaciones significativamente inferiores en la variable de afrontamiento “Pensamiento desiderativo ( $t=-2,91$ ;  $p=0,01$ )”. Por el contrario, la personas con metástasis mostraron significativamente puntuaciones mayores en las subescalas “Paranoide ( $U=214,00$ ;  $p=0,05$ ), “Histriónica ( $U=208,50$ ;  $p=0,04$ )”, “Antisocial ( $U=193,50$ ;  $p=0,02$ )” y “Narcisista ( $U=192,50$ ;  $p=0,02$ )”, respecto a las personas sin metástasis (ver Tabla 6).

Los sujetos que llevaban más tiempo con la enfermedad (más meses de enfermedad) obtuvieron puntuaciones más altas en depresión “BDI-II ( $r=0,29$ ;  $p=0,03$ )”, y más bajas en el rasgos de personalidad “Dependiente ( $r=-0,32$ ;  $p=0,02$ )”. (ver Tabla 8).

Por último, los sujetos con un estadio más avanzado de la enfermedad tuvieron puntuaciones menores en “Ansiedad estado ( $r=-0,296$ ;  $p=0,023$ )” y mayores en “Paranoide ( $r=0,28$ ;  $p=0,04$ )” y en “Narcisista ( $r=0,30$ ;  $p=0,02$ )” (ver Tabla 8).

**Tabla 6. Comparación de medias (VI cualitativas. 2 categ): t de Student y/o U-Mann Whitney.**

	<b>GÉNERO</b> (Varón/Mujer) <b>t*/U** (p)</b>	<b>METÁSTASIS</b> (Si/No) <b>t*/U** (p)</b>	<b>VIVE SOLO</b> (Si/No) <b>t*/U** (p)</b>	<b>PARADO</b> (Si/No) <b>t*/U** (p)</b>
<b>BDI-II</b>	-1,44(0,15)	0,50(0,62)	-0,97(0,33)	-0,98(0,33)
<b>STAI-Estado</b>	-1,21(0,23)	1,33(0,19)	-1,34(0,18)	-0,37(0,71)
<b>STAI-rasgo</b>	-1,37(0,17)	0,81(0,42)	-1,26(0,21)	-1,11(0,27)
<b>MEDIA MENTAL</b>	0,65(0,52)	-0,01(0,99)	1,26(0,21)	<b>3,42(0,004)</b>
<b>MEDIA FÍSICA</b>	0,57(0,57)	-0,90(0,37)	1,22(0,23)	1,78(0,08)
<b>CSI (afrentamiento)</b>				
Resolución Problemas	-0,47(0,64)	-0,46(0,65)	-0,35(0,73)	1,13(0,26)
Expresión emocional	-1,76(0,085)	-0,05(0,96)	1,03(0,31)	<b>2,72(0,009)</b>
Pensamiento Desiderativo	-0,52(0,61)	<b>-2,91(0,010)</b>	-0,05(0,96)	0,12(0,91)
Apoyo social	-1,78(0,08)	-0,67(0,50)	0,61(0,54)	-0,96(0,34)
Reestructuración	-0,65(0,52)	0,44(0,66)	1,68(0,10)	-0,96(0,34)
Evitación Problem	206,00(0,93)	297,00(0,99)	260,00(0,37)	128,50(0,78)
Retirada social	160,00(0,24)	273,00(0,63)	266,00(0,44)	104,50(0,33)
Autocrítica	158,50(0,23)	220,00(0,13)	262,00(0,39)	126,50(0,74)
<b>MCMI-II (personalidad)</b>				
Esquizoide	-1,90(0,06)	-0,88(0,38)	-1,34(0,19)	<b>-2,15(0,036)</b>
Esquizotípica	0,16 (0,87)	-0,58(0,56)	-0,88(0,38)	<b>-2,18(0,034)</b>
Dependiente	0,05(0,96)	0,80(0,43)	0,19(0,85)	1,22(0,23)
Fóbica	195,00(0,20)	318,00(0,93)	259,50(0,25)	<b>121,50(0,01)</b>
Paranoide	249,50(0,86)	<b>214,00(0,047)</b>	278,00(0,41)	183,50(0,91)
Límite	240,00(0,71)	302,00(0,70)	301,00(0,69)	<b>102,00(0,040)</b>
Histriónica	229,00(0,55)	<b>208,50(0,04)</b>	274,00(0,37)	1,40,00(0,25)
Antisocial	250,00(0,87)	<b>193,50(0,018)</b>	237,50(0,12)	129,50(0,16)
Narcisista	237,50(0,68)	<b>192,50(0,017)</b>	248,50(0,17)	176,50(0,78)
Compulsiva	220,50(0,44)	298,00(0,65)	273,50(0,37)	135,50(0,21)
Pasivo-agresiva	230,50(0,57)	269,50(0,33)	308,50(0,79)	125,50(0,13)
Autodestructiva	254,50(0,94)	322,50(0,99)	311,00(0,83)	148,50(0,34)
Agresivo-sádica	241,50(0,74)	232,00(0,09)	294,00(0,59)	149,50(0,36)

\* t: t de Student

\*\*U: U de Mann-Whitney

En negrita se representan los valores que fueron significativos con una  $p \leq 0.05$

**Tabla 7. Comparación de medias (VI cualitativas >2 Categ): ANOVA y Kruskal Wallis**

	<b>ESTADO CIVIL</b> F/ $\chi^2$ (p) <sup>a</sup>	<b>NIVEL DE EDUCACIÓN</b> F/ $\chi^2$ (p) <sup>b</sup>	<b>LOCALIZACIÓN TUMOR</b> F/ $\chi^2$ (p) <sup>c</sup>
<b>BDI-II</b>	0,85 (0,50)	1,45 (0,22)	0,56 (0,80)
<b>STAI-Estado</b>	1,22 (0,32)	<b>3,33 (0,01) +</b>	0,74 (0,65)*
<b>STAI-rasgo</b>	1,10 (0,36)	1,68 (0,16)	1,12 (0,37)
<b>MEDIA MENTAL</b>	1,37 (0,25)	2,17 (0,07)	0,83 (0,58)
<b>MEDIA FÍSICA</b>	0,71 (0,59)	1,49 (0,21)	0,99 (0,45)
<b>CSI (afrontamiento)</b>			
Resolución Problemas	0,26 (0,90)	0,58 (0,71)	0,75 (0,65)
Expresión emocional	0,22 (0,93)	2,15 (0,08)	0,65 (0,73)*
Pensamiento Desiderativo	0,36 (0,83)*	0,71 (0,62)	0,67 (0,71)
Apoyo social	0,55 (0,70)	1,13 (0,36)	0,57 (0,79)
Reestructuración	1,46 (0,23)	0,41 (0,84)	0,60 (0,77)
Evitación Problemas	2,12 (0,71)	6,29 (0,28)	7,40 (0,39)
Retirada social	0,95 (0,92)	7,90 (0,16)	3,48 (0,84)
Autocrítica	4,36 (0,36)	2,30 (0,81)	12,05 (0,09)
<b>MCMII-II (personalidad)</b>			
Esquizoide	0,82 (0,52)	1,54 (0,20)	1,48 (0,19)
Esquizotípica	1,29 (0,29)	1,57 (0,19)	1,11 (0,37)
Dependiente	0,62 (0,65)	1,41 (0,35)	0,55 (0,81)*
Agresivo-sádica	3,46 (0,48)	7,21 (0,21)	6,69 (0,46)
Paranoide	3,86 (0,42)	2,58 (0,76)	6,30 (0,51)
Fóbica	6,12 (0,19)	6,91 (0,23)	8,79 (0,27)
Límite	0,68 (0,49)	6,04 (0,30)	6,28 (0,51)
Histriónica	4,47 (0,35)	2,03 (0,84)	10,03 (0,19)
Antisocial	5,03 (0,28)	4,30 (0,51)	6,32 (0,50)
Narcisista	5,08 (0,28)	1,33 (0,93)	7,36 (0,39)
Compulsiva	7,31 (0,12)	3,45 (0,63)	5,08 (0,65)
Pasivo-agresiva	1,19 (0,88)	8,42 (0,13)	5,52 (0,60)
Autodestructiva	3,44 (0,49)	5,62 (0,34)	6,17 (0,52)

\*No se asumen las varianzas iguales.

+ Se realizaron contrastes posteriores de Bonferroni.

<sup>a</sup> Los grupos de comparación de Estado civil fueron: casado, soltero, con pareja, separado/divorciado, y viudo.

<sup>b</sup> Los grupos de comparación de Nivel educativo fueron: educación Universitaria, COU o equivalente, educación obligatoria, formación Profesional, y educación parcial o inferior a educación secundaria.

<sup>c</sup> Los grupos de comparación de Localización del tumor fueron: mama, ginecológico, pulmón, colon, próstata, cabeza/cuello, y otros.

En negrita se representan los valores que fueron significativos con un  $p \leq 0.05$

**Tabla 8. Comparación de medias (VI cuantitativas): Correlaciones de Pearson y de Spearman.**

	<b>EDAD</b> r/ $\rho$ ( <i>p</i> )	<b>ESTADIO TUMOR</b> r/ $\rho$ ( <i>p</i> )	<b>MESES DE ENFERMEDAD</b> r/ $\rho$ ( <i>p</i> )
<b>BDI-II</b>	-0,16 (0,23)	-0,18 (0,18)	<b>0,29 (0,03)</b>
<b>STAI-Estado</b>	-0,16 (0,67)	<b>-0,30 (0,02)</b>	0,16 (0,23)
<b>STAI-rasgo</b>	-0,12 (0,35)	-0,21 (0,12)	0,13 (0,33)
<b>MEDIA MENTAL</b>	-0,14 (0,29)	0,08 (0,55)	-0,13 (0,32)
<b>MEDIA FÍSICA</b>	-0,05 (0,71)	0,18 (0,17)	0,13 (0,33)
<b>CSI (afrontamiento)</b>			
Resolución Prob	-0,05 (0,72)	0,13 (0,34)	0,03 (0,85)
Expresión emocional	<b>-0,36 (0,01)</b>	0,13 (0,39)	0,19 (0,18)
Pensam. Desidera	-0,09 (0,52)	0,25 (0,08)	0,04 (0,78)
Apoyo social	-0,17 (0,23)	0,13 (0,35)	-0,09 (0,53)
Reestructuración	<b>-0,32 (0,02)</b>	-0,09 (0,84)	-0,27 (0,05)
Evitación Problem	<b>-0,29 (0,04)</b>	-0,13 (0,34)	-0,14 (0,32)
Retirada social	-0,05 (0,72)	-0,14 (0,32)	-0,14 (0,32)
Autocrítica	<b>-0,25 (0,06)</b>	0,12 (0,40)	-0,21 (0,13)
<b>MCMI-II (personalidad)</b>			
Esquizoide	-0,01 (0,91)	0,03 (0,83)	-0,71 (0,61)
Esquizotípica	-0,03 (0,84)	-0,06 (0,68)	-0,03 (0,83)
Dependiente	-0,05 (0,71)	-0,09 (0,50)	<b>-0,32 (0,02)</b>
Paranoide	0,21 (0,12)	<b>0,28 (0,04)</b>	0,15 (0,28)
Límite	-0,08 (0,55)	0,07 (0,60)	0,11 (0,41)
Histriónica	0,07 (0,62)	0,26 (0,06)	-0,01 (0,93)
Antisocial	0,14 (0,32)	0,20 (0,13)	0,09 (0,52)
Narcisista	0,22 (0,10)	<b>0,30 (0,02)</b>	-0,11 (0,93)
Compulsiva	0,15 (0,28)	0,06 (0,64)	-0,13 (0,35)
Fóbica	-0,15 (0,25)	-0,10 (0,44)	0,03 (0,68)
Pasivo-agresiva	-0,06 (0,66)	-0,02 (0,88)	0,10 (0,47)
Autodestructiva	-0,16 (0,25)	-0,11 (0,40)	0,06 (0,67)
Agresivo-sádica	-0,07 (0,61)	0,15 (0,26)	0,06 (0,66)

En negrita se representan los valores que fueron significativos con un  $p \leq 0.05$

### **5.3. CAMBIO DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO A LO LARGO DEL TIEMPO**

Los resultados generales de los análisis de medidas repetidas indicaron que la mayoría de los valores de las variables psicológicas medidas (“Depresión”, “Ansiedad Estado”, “Ansiedad Rasgo”, y “Calidad de vida percibida”) se mantuvieron bastante estables a lo



largo del tiempo (sin cambios significativos). Los análisis mostraron que hubo cambios marginalmente estadísticamente significativos, en las variables de “Calidad de vida” en concreto en las subescalas de “Rol Físico” ( $p=0,069$ ) y “Media Física”, ( $p=0,083$ ), a lo largo del tiempo. En Depresión parece que se da un empeoramiento y luego vuelven al momento inicial. Sin embargo, en las dos dimensiones físicas “Calidad de vida”, empeoran a los tres meses y a partir de ahí se estabilizan. Hay por tanto una tendencia de empeoramiento a los 3 meses y de recuperación a los 12 meses en todas estas variables sin embargo esta tendencia no alcanzó el nivel de significación en ninguna variable (ver Tabla 9).

**Tabla 9. Variables psicológicas de la muestra a lo largo del tiempo**

Variables	Línea base	3 meses	12 meses	$\chi^2$ (p)
<b>Depresión (BDI-II) <math>\bar{X}</math> (D.T)</b>	17,00 (8,61)	18,32 (9,55)	17,21 (8,52)	<b>5,59 (0,061)</b>
<b>Depresión categorías n (%)</b>				
No	21 (31,6)	16 (27,1)	9 (15,3)	
Leve	18 (30,5)	13 (22)	6 (10,2)	
Moderada	13 (22)	4 (6,8)	6 (10,2)	
Grave	6 (10,2)	1 (1,7)	3 (5,1)	
<b>Ansiedad Estado (STAI.Estado) <math>\bar{X}</math> (D.T)</b>	30,51 (12,38)	32,32 (10,91)	32,08 (12,20)	3,58 (0,16)
<b>Ansiedad Estado categorías n (%)</b>				
Centil < 50	12 (20,3)	5 (8,5)	6 (10,2)	
Centil : 50-75	24 (40,7)	14 (23,7)	7 (11,9)	
Centil: 75-90	17 (28,8)	12 (20,3)	8 (11,9)	
Centil > 90	6 (10,2)	3 (5,1)	3 (5,1)	
<b>Ansiedad Rasgo (STAI.Rasgo) <math>\bar{X}</math> (D.T)</b>	29,39 (10,37)	31,26 (9,83)	30,42 (12,35)	3,31 (0,19)
<b>Ansiedad Rasgo categorías n (%)</b>				
Centil < 50	17 (28,8)	7 (11,9)	6 (10,2)	
Centil : 50-75	22 (37,3)	15 (25,4)	8 (13,6)	
Centil: 75-90	16 (27,1)	8 (13,6)	4 (6,8)	
Centil > 90	4 (6,8)	4 (6,8)	5 (8,5)	
<b>Calidad de vida (SF-36) <math>\bar{X}</math> (D.T)</b>				
Salud general	34,49 (20,32)	29,70 (18,04)	25,00 (16,85)	0,21 (0,90)
Rol físico	35,59 (39,99)	24,26 (39,16)	29,17 (35,86)	<b>5,33 (0,069)</b>
Dolor corporal	54,44 (29,85)	49,12 (28,87)	43,22 (27,48)	0,31 (0,86)
Función física	60,48 (23,65)	56,17 (24,24)	55,43 (20,50)	0,092 (0,95)
Salud mental	55,42 (17,60)	54,85 (18,57)	49,04 (20,80)	0,78 (0,67)
Vitalidad	41,88 (22,06)	39,26 (20,34)	31,94 (18,98)	1,90 (0,38)
Rol emocional	59,27 (45,53)	61,47 (43,71)	56,91 (47,62)	0,050 (0,97)
Funcionamiento social	56,57 (27,50)	53,23 (30,05)	54,17 (33,51)	0,69 (0,71)
Media Física	47,79 (21,98)	39,82 (22,13)	38,24 (18,70)	<b>4,99 (0,083)</b>
Media Mental	53,29 (21,24)	52,21 (23,16)	48,01 (25,04)	1,77 (0,41)

## 5.4. FACTORES ASOCIADOS A LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS EN LÍNEA BASE, A LOS 3 MESES Y A LOS 12 MESES

### 5.4.1. Factores asociados a Depresión

Los análisis de regresión simples indicaron que los factores asociados a Depresión en línea base fueron: “Meses de enfermedad” ( $\beta=0,29$ ;  $p=0,027$ ), “Resolución de problemas” ( $\beta=-0,39$ ;  $p=0,005$ ), “Apoyo social” ( $\beta=-0,37$ ;  $p=0,008$ ), “Reestructuración cognitiva” ( $\beta=-0,46$ ;  $p=0,001$ ), “Retirada social” ( $\beta=0,42$ ;  $p=0,002$ ), “Esquizoide” ( $\beta=0,36$ ;  $p=0,007$ ), “Esquizotípica” ( $\beta=0,57$ ;  $p\leq 0,0001$ ), “Límite” ( $\beta=0,55$ ;  $p\leq 0,0001$ ), “Antisocial” ( $\beta=0,30$ ;  $p=0,027$ ), “Compulsiva” ( $\beta=0,29$ ;  $p=0,034$ ), “Fóbica” ( $\beta=0,52$ ;  $p\leq 0,0001$ ), “Pasivo-agresiva” ( $\beta=0,45$ ;  $p=0,001$ ), y “Autodestructiva” ( $\beta=0,52$ ;  $p\leq 0,0001$ ). Seleccionando sólo estas variables significativas, los resultados del modelo de regresión múltiple mostraron que las variables que se asociaron significativamente a la mayor puntuación de Depresión en línea base fueron menor “Reestructuración cognitiva” ( $\beta=-0,313$ ;  $p=0,005$ ), y mayores puntuaciones en “Retirada social” ( $\beta=0,250$ ;  $p=0,019$ ) y “Límite” ( $\beta=0,344$ ;  $p=0,009$ ) (ver Tabla 10).

El factor que resultó estar más fuertemente asociado a mayor puntuación de Depresión a los tres meses, según los análisis de regresión múltiple, resultó ser “Autodestructiva” ( $\beta=0,68$ ;  $p\leq 0,0001$ ) (ver Tabla 11). Para hacer dicho análisis, seleccionamos los factores que se asociaron significativamente a Depresión a los tres meses en los análisis de regresión simples, los cuales fueron: “Meses de enfermedad” ( $\beta=0,36$ ;  $p=0,038$ ), “Resolución de problemas” ( $\beta=-0,41$ ;  $p=0,026$ ) y las puntuaciones de personalidad “Esquizotípica” ( $\beta=0,38$ ;  $p=0,032$ ), “Límite” ( $\beta=0,50$ ;  $p=0,004$ ), “Fóbica” ( $\beta=0,38$ ;  $p=0,033$ ), “Pasivo-agresiva” ( $\beta=0,45$ ;  $p=0,012$ ), y “Autodestructiva” ( $\beta=0,53$ ;  $p=0,002$ ).

Por último, los modelos de regresión simple indicaron que los factores en línea base significativamente asociados a Depresión a los doce meses fueron: tener una “Educación parcial o educación inferior a la secundaria” ( $\beta=0,58$ ;  $p=0,007$ ) frente a ser universitario, y mayores puntuaciones en las variables de “Retirada social” ( $\beta=0,42$ ;  $p=0,064$ ), “Esquizotípica” ( $\beta=0,57$ ;  $p=0,007$ ), “Límite” ( $\beta=0,52$ ;  $p=0,017$ ), “Fóbica” ( $\beta=0,54$ ;  $p=0,012$ ), “Pasivo-agresiva” ( $\beta=0,51$ ;  $p=0,018$ ), “Autodestructiva” ( $\beta=0,58$ ;  $p=0,006$ ) y “Agresivo-sádica” ( $\beta=0,42$ ;  $p=0,057$ ). Los análisis de regresión múltiple mostraron que de todas estas variables la que más se asoció a una mayor puntuación de Depresión a los 12 meses fue una mayor puntuación de “Autodestructiva” ( $\beta=0,75$ ;  $p\leq 0,0001$ ) (ver Tabla 12).

**Tabla 10. Factores asociados a depresión en línea base.**

<b>Variables línea base</b>	<b>Depresión (BDI-II) <math>\beta</math> (<math>p</math>)</b>
Reestructuración cognitiva	-0,31 (0,005)
Retirada social	0,25 (0,019)
Esquizotípica	0,23 (0,091)
Límite	0,34 (0,009)

**Tabla 11. Factores asociados a depresión a los tres meses.**

<b>Variables a los 3 meses</b>	<b>Depresión (BDI-II) <math>\beta</math> (<math>p</math>)</b>
Autodestructiva	0,68 ( $\leq 0,0001$ )

**Tabla 12. Factores asociados a depresión a los 12 meses**

<b>Variables a los 12 meses</b>	<b>Depresión (BDI-II) <math>\beta</math> (<math>p</math>)</b>
Autodestructiva	0,75 ( $\leq 0,0001$ )

#### **5.4.2. Factores asociados a Ansiedad Estado**

Los factores que más fuertemente se asociaron a mayor Ansiedad-Estado en línea base, fueron una menor puntuación en “Reestructuración” ( $\beta = -0,393$ ;  $p = 0,001$ ), en “Resolución de problemas” ( $\beta = -0,252$ ;  $p = 0,021$ ), una mayor en “Límite” ( $\beta = 0,353$ ;  $p = 0,001$ ), y tener una “Educación Parcial o inferior a la de secundaria” ( $\beta = 0,195$ ;  $p = 0,067$ ) frente a tener educación universitaria (ver Tabla 13).

Dichos análisis se realizaron tomando las variables que resultaron significativas en los análisis de regresión simples, los cuales fueron: nivel de educación de “COU o similar” ( $\beta = 0,26$ ;  $p = 0,048$ ) y “Educación Parcial o inferior a la secundaria” ( $\beta = 0,49$ ;  $p = p \leq 0,0001$ ) frente a educación universitaria, “Reestructuración” ( $\beta = -0,55$ ;  $p \leq 0,0001$ ), “Evitación de problemas” ( $\beta = -0,29$ ;  $p = 0,041$ ) y “Retirada social” ( $\beta = 0,30$ ;  $p = 0,031$ ), “Esquizoide” ( $\beta = 0,37$ ;  $p = 0,005$ ), “Esquizotípica” ( $\beta = 0,51$ ;  $p \leq 0,0001$ ), “Límite” ( $\beta = 0,46$ ;  $p \leq 0,0001$ ), “Antisocial” ( $\beta = 0,26$ ;  $p = 0,059$ ), “Fóbica” ( $\beta = 0,48$ ;  $p \leq 0,0001$ ), “Pasivo-agresiva” ( $\beta = 0,38$ ;  $p = 0,004$ ), y “Autodestructiva” ( $\beta = 0,50$ ;  $p \leq 0,0001$ )).

A los tres meses, se tuvieron en cuenta las variables “Meses de enfermedad” ( $\beta = 0,35$ ;  $p = 0,045$ ), “Resolución de problemas” ( $\beta = -0,40$ ;  $p = 0,027$ ), “Esquizotípica” ( $\beta = 0,36$ ;  $p = 0,045$ ), y “Autodestructiva” ( $\beta = 0,35$ ;  $p = 0,053$ ). El factor que más fuertemente se asoció a mayor Ansiedad-Estado a los tres meses fue mayor puntuación

en el rasgo “Autodestructivo” ( $\beta=-0,525$ ;  $p=0,004$ ) (ver Tabla 14).

Según los análisis de regresión simples, las variables que se asociaron significativamente con Ansiedad-Estado a los doce meses fueron menor “Edad” ( $\beta=-0,45$ ;  $p=0,028$ ), “Educación Parcial o inferior a la secundaria” ( $\beta=0,46$ ;  $p=0,035$ ) frente a ser universitario, “Esquizotípica” ( $\beta=0,43$ ;  $p=0,052$ ), y “Fóbica” ( $\beta=0,44$ ;  $p=0,046$ ). Los modelos de regresión múltiple mostraron que los factores en línea base más relacionados con mayor Ansiedad Estado a los 12 meses fueron menor “Edad” ( $\beta=-0,452$ ;  $p=0,027$ ), y la presencia de una “Educación Parcial o inferior a la secundaria” ( $\beta=0,411$ ;  $p=0,043$ ) frente a ser universitario (ver Tabla 15).

**Tabla 13. Factores asociados a ansiedad estado en línea base.**

<b>Variables línea base</b>	<b>Ansiedad Estado <math>\beta</math> (<math>p</math>)</b>
Educación parcial o inferior a secundaria	0,20 (0,067)
Resolución de problemas	<b>-0,25 (0,021)</b>
Reestructuración cognitiva	<b>-0,39 (0,001)</b>
Límite	<b>0,35 (0,001)</b>

**Tabla 14. Factores asociados a ansiedad estado a los tres meses.**

<b>Variables a los 3 meses</b>	<b>Ansiedad Estado <math>\beta</math> (<math>p</math>)</b>
Autodestructiva	<b>0,52 (0,004)</b>

**Tabla 15. Factores asociados a ansiedad estado a los 12 meses**

<b>Variables a los 12 meses</b>	<b>Ansiedad Estado <math>\beta</math> (<math>p</math>)</b>
Educación parcial o inferior a secundaria	<b>0,41 (0,043)</b>

#### **5.4.3. Factores asociados a Ansiedad Rasgo**

En línea base las variables que se asociaron con Ansiedad-Rasgo, según los análisis de regresión simple fueron “Educación Parcial o inferior a la secundaria” ( $\beta=0,35$ ;  $p=0,012$ ) frente a educación universitaria, “Resolución de problemas” ( $\beta=-0,42$ ;  $p=0,002$ ), “Reestructuración” ( $\beta=-0,37$ ;  $p=0,006$ ) y “Retirada social” ( $\beta=0,31$ ;  $p=0,024$ ), “Esquizoide” ( $\beta=0,36$ ;  $p=0,007$ ), “Esquizotípica” ( $\beta=0,54$ ;  $p\leq 0,0001$ ), “Límite” ( $\beta=0,52$ ;  $p\leq 0,0001$ ), “Antisocial” ( $\beta=0,35$ ;  $p=0,009$ ), “Fóbica” ( $\beta=0,50$ ;  $p\leq 0,0001$ ), “Pasivo-agresiva” ( $\beta=0,43$ ;  $p=0,001$ ), y “Autodestructiva” ( $\beta=0,53$ ;  $p\leq 0,0001$ ). Los modelos de regresión múltiple, indicaron que los factores que se asociaron estadísticamente a una

mayor Ansiedad Rasgo en línea base fueron una menor “Resolución de problemas” ( $\beta=-0,279$ ;  $p=0,022$ ) y un mayor rasgo “Autodestructiva” ( $\beta=0,431$ ;  $p=0,001$ ) (ver Tabla 16).

A los tres meses, los análisis de regresión simple, mostraron que las variables “Meses de enfermedad” ( $\beta=0,35$ ;  $p=0,040$ ), “Esquizotípica” ( $\beta=0,46$ ;  $p=0,009$ ), “Límite” ( $\beta=0,40$ ;  $p=0,024$ ), “Fóbica” ( $\beta=0,36$ ;  $p=0,045$ ), “Pasivo-agresiva” ( $\beta=0,44$ ;  $p=0,013$ ), y “Autodestructiva” ( $\beta=0,35$ ;  $p=0,057$ ), se asociaron a Ansiedad Rasgo. Tras los análisis de regresión múltiple, se obtuvo que más “Meses de enfermedad” ( $\beta=0,380$ ;  $p=0,018$ ) y mayores puntuaciones en “Esquizotípica” ( $\beta=0,463$ ;  $p=0,005$ ) eran los factores significativamente asociados a mayor Ansiedad-Rasgo (ver Tabla 17).

Los modelos de regresión simple mostraron que los factores estadísticamente asociados que más peso habían tenido en Ansiedad Rasgo a los doce meses fueron: (“Edad” ( $\beta=-0,39$ .  $p=0,059$ ), “Educación Parcial o inferior a la secundaria” frente a ser universitario ( $\beta=0,49$ ;  $p=0,026$ ), y los siguientes rasgos de personalidad: “Esquizotípica” ( $\beta=0,63$ ;  $p=0,002$ ), “Límite” ( $\beta=0,55$ ;  $p=0,009$ ), “Fóbica” ( $\beta=0,57$ ;  $p=0,007$ ), “Pasivo-agresiva” ( $\beta=0,54$ ;  $p=0,011$ ), “Autodestructiva” ( $\beta=0,49$ ;  $p=0,024$ ) y “Agresivo-sádica” ( $\beta=0,46$ ;  $p=0,035$ )). De todas estas variables, el factor que apareció más fuertemente asociado a una mayor Ansiedad Rasgo a los doce meses en los análisis de regresión múltiple, fue mayor puntuación en el rasgo “Límite” ( $\beta=0,533$ ;  $p=0,007$ ) (ver Tabla 18).

**Tabla 16. Factores asociados a ansiedad rasgo en línea base.**

<b>Variables línea base</b>	<b>Ansiedad Rasgo <math>\beta</math> (<math>p</math>)</b>
Resolución de problemas	<b>-0,28 (0,022)</b>
Antisocial	0,21 (0,085)
Autodestructiva	<b>0,43 (0,001)</b>

**Tabla 17. Factores asociados a ansiedad rasgo a los tres meses.**

<b>Variables a los 3 meses</b>	<b>Ansiedad Rasgo <math>\beta</math> (<math>p</math>)</b>
Meses de enfermedad	<b>0,38 (0,018)</b>
Esquizotípica	<b>0,46 (0,005)</b>

**Tabla 18. Factores asociados a ansiedad rasgo a los 12 meses**

<b>Variables a los 12 meses</b>	<b>Ansiedad Rasgo <math>\beta</math> (<math>p</math>)</b>
Edad	-0,37 (0,051)
Límite	<b>0,53 (0,007)</b>

#### **5.4.4. Factores asociados a Calidad de vida Mental (Media Mental)**

Las variables demográficas que se asociaron con menor “Media Mental” en línea base según las regresiones simples fueron: “Educación Parcial o inferior a la secundaria” ( $\beta=-0,39$ ;  $p=0,004$ ) frente a educación universitaria, y estar “No activo laboralmente” ( $\beta=-0,29$ ;  $p=0,027$ ) frente a estar activo. Asimismo, un valor mayor en los mecanismos de afrontamiento “Resolución de problemas” ( $\beta=-0,38$ ;  $p=0,004$ ), “Reestructuración” ( $\beta=-0,49$ ;  $p=0,000$ ), “Retirada social” ( $\beta=-0,41$ ;  $p=0,002$ ), y valores menores en los rasgos de personalidad: “Esquizoide” ( $\beta=-0,43$ ;  $p=0,001$ ), “Esquizotípica” ( $\beta=-0,57$ ;  $p=0,000$ ), “Límite” ( $\beta=-0,48$ ;  $p=0,000$ ), “Antisocial” ( $\beta=-0,33$ ;  $p=0,012$ ), “Fóbica” ( $\beta=-0,51$ ;  $p=0,000$ ), “Pasivo-agresiva” ( $\beta=-0,45$ ;  $p=0,001$ ), y “Autodestructiva” ( $\beta=-0,49$ ;  $p=0,000$ ), estuvieron también estadísticamente asociados a menor calidad de vida en su dimensión mental. Los análisis de regresión múltiple, indicaron que de todas estas variables, los factores que resultaron más fuertemente asociados a mayor Media Mental en línea base, fueron mayor “Reestructuración” ( $\beta=0,380$ ;  $p=0,001$ ) y menores puntuaciones en “Retirada social” ( $\beta=-0,290$ ;  $p=0,007$ ), “Antisocial” ( $\beta=-0,297$ ;  $p=0,006$ ) y “Autodestructiva” ( $\beta=-0,272$ ;  $p=0,020$ ) (ver Tabla 19).

Incluyendo solamente las variables con mayor peso (significativas) en los análisis de regresión simple en “Media Mental” a los tres meses, las cuales fueron: “Esquizoide” ( $\beta=-0,35$ ;  $p=0,056$ ), “Esquizotípica” ( $\beta=-0,37$ ;  $p=0,039$ ), “Límite” ( $\beta=-0,38$ ;  $p=0,034$ ) y “Pasivo-agresiva” ( $\beta=-0,37$ ;  $p=0,039$ ), solamente el rasgo “Límite” ( $\beta=-0,382$ ;  $p=0,034$ ) fue el factor estadísticamente asociado a menor Media Mental en los modelos de regresión múltiple (ver Tabla 20).

Las variables significativamente asociadas a menor calidad de vida (dimensión mental) a los 12 meses fueron “Educación Parcial o inferior a la secundaria” ( $\beta=-0,52$ ;  $p=0,015$ ) frente a educación universitaria y los rasgos de personalidad “Esquizotípica” ( $\beta=-0,45$ ;  $p=0,040$ ) y “Fóbica” ( $\beta=-0,44$ ;  $p=0,045$ ). Incluyendo todas ellas se realizaron los análisis de regresión múltiple, que indicaron que mayor puntuación en el rasgo de “Esquizotípica” ( $\beta=-0,451$ ;  $p=0,040$ ) fue el único factor estadísticamente asociado a menor Media Mental a los 12 meses (ver Tabla 21).

**Tabla 19. Factores asociados a media mental en línea base.**

<b>Variables línea base</b>	<b>Media Mental <math>\beta</math> (<math>p</math>)</b>
Reestructuración	<b>0,38 (0,001)</b>
Retirada social	<b>-0,29 (0,007)</b>
Antisocial	<b>-0,30 (0,006)</b>
Autodestructiva	<b>-0,27 (0,020)</b>

**Tabla 20. Factores asociados a media mental a los tres meses.**

<b>Variables a los 3 meses</b>	<b>Media Mental <math>\beta</math> (<math>p</math>)</b>
Límite	<b>-0,38 (0,034)</b>

**Tabla 21. Factores asociados a media mental a los 12 meses**

<b>Variables a los 12 meses</b>	<b>Media Mental <math>\beta</math> (<math>p</math>)</b>
Esquizotípica	<b>-0,45 (0,040)</b>

#### **5.4.5. Factores asociados a Calidad de vida Física (Media Física)**

Incluyendo todos los factores más fuertemente asociados a Calidad de vida física en línea base en los análisis de regresión simples, los cuales fueron: “Expresión emocional” ( $\beta=-0,40$ ;  $p=0,08$ ), “Esquizoide” ( $\beta=-0,27$ ;  $p=0,045$ ), “Esquizotípica” ( $\beta=-0,41$ ;  $p=0,002$ ), “Límite” ( $\beta=-0,34$ ;  $p=0,012$ ), “Antisocial” ( $\beta=-0,28$ ;  $p=0,038$ ), “Fóbica” ( $\beta=-0,31$ ;  $p=0,022$ ) y “Autodestructiva” ( $\beta=-0,30$ ;  $p=0,026$ ), los resultados del modelo de regresión múltiple mostraron que las variables que se asociaron significativamente a la mayor puntuación de Media Física en línea base fueron menor “Expresión emocional” ( $\beta=-0,421$ ;  $p=0,002$ ) y menor “Esquizotípica” ( $\beta=-0,421$ ;  $p=0,002$ ) (ver Tabla 22).

En los análisis de regresión simples no hubo ninguna variable significativamente asociada a “Media física” a los tres meses, variando los valores de los coeficientes y probabilidades desde  $\beta=0,024$ ;  $p=0,989$  para el rasgo “Pasivo-Agresivo” a  $\beta=1,045$ ;  $p=0,264$  en “Agresivo-sádica”, por lo que no se realizó ningún posterior análisis de regresión múltiple.

De todas las variables significativamente asociadas a Media Física a los doce meses, las cuales fueron: “Educación Parcial o inferior a la secundaria” ( $\beta=-0,45$ ;  $p=0,042$ ) frente a educación universitaria y “Esquizoide” ( $\beta=-0,49$ ;  $p=0,028$ ), la única que se asoció más fuertemente a una peor Media Física en los análisis de regresión múltiple, fue menores puntuaciones en el rasgo “Esquizoide” ( $\beta=-0,490$ ;  $p=0,028$ ) (ver Tabla 23).

**Tabla 22. Factores asociados a media física en línea base.**

<b>Variables línea base</b>	<b>Media Física <math>\beta</math> (<math>p</math>)</b>
Expresión emocional	<b>-0,42 (0,002)</b>
Esquizotípica	<b>-0,42 (0,002)</b>

**Tabla 23. Factores asociados a media física los 12 meses**

<b>Variables a los 12 meses</b>	<b>Media Física <math>\beta</math> (<math>p</math>)</b>
Esquizoide	<b>-0,49 (0,028)</b>

### **5.5. ANÁLISIS DE MEDIACIÓN DE LAS VARIABLES DE AFRONTAMIENTO ENTRE LAS VARIABLES DE PERSONALIDAD Y ESTADO PSICOLÓGICO EN LÍNEA BASE**

En primer lugar, en cuanto a los dominios de personalidad que se relacionaron significativamente con Depresión, Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado en línea base (relaciones directas), los resultados indicaron que puntuaciones mayores en los rasgos Esquizoide ( $b=0,11$ ;  $p=0,007$ ), Límite ( $b=0,17$ ;  $p\leq 0,001$ ), Esquizotípico ( $b=0,16$ ;  $p\leq 0,001$ ), Fóbica ( $b=0,17$ ;  $p\leq 0,001$ ), Antisocial ( $b=0,08$ ;  $p=0,027$ ), Compulsiva ( $b=0,07$ ;  $p=0,03$ ), Pasivo agresiva ( $b=0,14$ ;  $p=0,001$ ) y Autodestructiva ( $b=-0,19$ ;  $p\leq 0,001$ ), estuvieron relacionados con mayores puntuaciones de Depresión en línea base. Por el contrario, los rasgos Narcisista ( $b=-0,01$ ;  $p=0,72$ ), Histriónico ( $b=-0,04$ ;  $p=0,34$ ), Dependiente ( $b=-0,02$ ;  $p=0,53$ ), Agresivo-sádica ( $b=0,06$ ;  $p=0,14$ ) y Paranoide ( $b=0,02$ ;  $p=0,46$ ), no estuvieron estadísticamente relacionados con Depresión en línea base.

En segundo lugar, en cuanto a los dominios de afrontamiento que se relacionaron significativamente con las puntuaciones de Depresión, los resultados indicaron que menor Resolución de problemas ( $b=-0,78$ ;  $p=0,005$ ), Apoyo social ( $b=-0,48$ ;  $p=0,008$ ), Reestructuración cognitiva ( $b=-0,75$ ;  $p=0,001$ ), y Retirada social ( $b=-0,78$ ;  $p=0,002$ ), estuvieron relacionados con mayores puntuaciones de Depresión. Por el contrario, los dominios de Autocrítica ( $b=0,09$ ;  $p=0,67$ ), Expresión emocional ( $b=-0,28$ ;  $p=0,18$ ), Pensamiento desiderativo ( $b=0,44$ ;  $p=0,06$ ) y Evitación de problemas ( $b=-0,78$ ;  $p=0,002$ ) no estuvieron relacionados con Depresión ( $b=-0,19$ ;  $p=0,46$ ) (ver Tabla 24).



**Tabla 24. Variables de personalidad y afrontamiento que estuvieron significativamente relacionadas con depresión.**

<b>Personalidad → Depresión</b>	<b>Afrontamiento → Depresión</b>
Límite	Retirada social
Esquizotípico	
Esquizoide	
Compulsivo	
Pasivo-Agresivo	
Auto-destructivo	

Los resultados de los análisis de mediación indicaron que ningún mecanismo de afrontamiento medió entre las puntuaciones de personalidad y las puntuaciones de Depresión en línea base (ver Tabla 25). De esta manera, los resultados mostraron que las relaciones significativas entre los rasgos de personalidad y Depresión fueron directas y no fueron mediadas a través de afrontamiento.

**Tabla 25. Relación directa e indirecta entre personalidad y depresión mediada por los mecanismos de afrontamiento.**

<b>Variable personalidad</b>	<b>Mecanismos de afrontamiento</b>	<b>Relación directa con depresión [c] b (p)</b>	<b>Relación indirecta con depresión [c'] b (p)</b>
<b>Límite</b>	Resolución de problemas	<b>0,16 (&lt;0,0001)</b>	0,01 (0,65)
	Reestructuración cognitiva	<b>0,16 (&lt;0,0001)</b>	0,01 (0,46)-
	Retirada social	<b>0,14 (&lt;0,0001)</b>	0,02 (0,12)
<b>Esquizotípica</b>	Resolución de problemas	<b>0,14 (0,002)</b>	0,01 (0,23)
	Reestructuración cognitiva	<b>0,14 (&lt;0,0001)</b>	0,02 (0,095)
	Retirada social	<b>0,14 (&lt;0,0001)</b>	0,02 (0,16)
<b>Esquizoide</b>	Resolución de problemas	<b>0,09 (0,002)</b>	0,008 (0,43)
	Reestructuración cognitiva	<b>0,07 (0,02)</b>	0,02 (0,07)
	Retirada social	<b>0,02 (0,009)</b>	0,02 (0,11)
<b>Compulsivo</b>	Resolución de problemas	<b>0,03 (0,42)</b>	-0,01 (0,65)
	Reestructuración cognitiva	-0,04 (0,24)	0,004 (0,77)
	Retirada social	-0,02 (0,50)	-0,01 (0,48)
<b>Pasivo agresivo</b>	Resolución de problemas	<b>0,12 (0,0006)</b>	0,008 (0,49)
	Reestructuración cognitiva	<b>0,12 (0,0002)</b>	0,007 (0,64)
	Retirada social	<b>0,11 (0,0004)</b>	0,009 (0,51)
<b>Auto-destructivo</b>	Resolución de problemas	<b>0,18 (&lt;0,0001)</b>	0,02 (0,23)
	Reestructuración cognitiva	<b>0,17 (&lt;0,0001)</b>	0,03 (0,12)
	Retirada social	<b>0,17 (&lt;0,0001)</b>	0,03 (0,13)

En Negrita se encuentran resaltados los valores que fueron significativos con una  $p \leq 0,05$

Respecto a las relaciones entre personalidad y Ansiedad Estado, los resultados indicaron que los rasgos de personalidad Esquizotípica ( $b=0,22$ ;  $p \leq 0,001$ ), Esquizoide ( $b=0,16$ ;  $p=0,005$ ), Fóbica ( $b=0,23$ ;  $p \leq 0,001$ ), Compulsiva ( $b=-0,08$ ;  $p=0,11$ ), Pasivo-agresivo ( $b=0,17$ ;  $p=0,004$ ), Autodestructiva ( $b=0,26$ ;  $p \leq 0,001$ ) y Límite ( $b=0,21$ ;  $p \leq 0,001$ ), estuvieron significativamente relacionados con Ansiedad Estado en línea base. Por el contrario los rasgos de personalidad Dependiente ( $b=0,21$ ;  $p=0,84$ ), Histriónico ( $b=-0,05$ ;  $p=0,38$ ), Narcisista ( $b=-0,02$ ;  $p=0,69$ ), Antisocial ( $b=0,09$ ;  $p=0,06$ ), Agresivo-sádica ( $b=0,06$ ;  $p=0,26$ ), Compulsiva ( $b=-0,08$ ;  $p=0,11$ ) y Paranoide ( $b=0,01$ ;  $p=0,87$ ),

no estuvieron estadísticamente relacionados con Ansiedad Estado (ver Tabla 26).

Por otro lado, los resultados también indicaron que Ansiedad Estado se relacionó con Reestructuración cognitiva ( $b=-1,39$ ;  $p\leq 0,001$ ), Evitación de problemas ( $b=-0,81$ ;  $p=0,04$ ) y Retirada social ( $b=0,86$ ;  $p=0,03$ ). En cambio Ansiedad Estado no se relacionó significativamente con Expresión emocional ( $b=-0,18$ ;  $p=0,62$ ), con Pensamiento desiderativo ( $b=0,28$ ;  $p=0,45$ ), ni tampoco con Apoyo social ( $b=-0,50$ ;  $p=0,08$ ) (ver Tabla 26).

**Tabla 26. Variables de personalidad y afrontamiento que estuvieron significativamente relacionados con Ansiedad Estado.**

<b>Personalidad → Ansiedad estado</b>	<b>Afrontamiento → Ansiedad estado</b>
Esquizotípico	Evitación de problemas
Fóbica	Reestructuración cognitiva
Esquizoide	Retirada social
Compulsivo	
Pasivo-Agresivo	
Auto-destructivo	

En cuanto a los análisis de mediación, los resultados indicaron que el mecanismo de afrontamiento de “Reestructuración cognitiva” medió significativamente entre las escalas de personalidad “Esquizoide” (ver Figura 6) y las puntuaciones de Ansiedad Estado en línea base. El efecto de total incluyendo la relación (directa e indirecta) fue significativo y positivo (Coeff. 0,16;  $p=0,001$ ). Una menor Reestructuración se relacionó con mayores rasgos Esquizoides y con mayor Ansiedad Estado. En este sentido, una mayor Reestructuración cognitiva, hizo que la relación entre rasgos Esquizoides y Ansiedad Estado fuera menor (efecto supresor) (ver Figura 6).

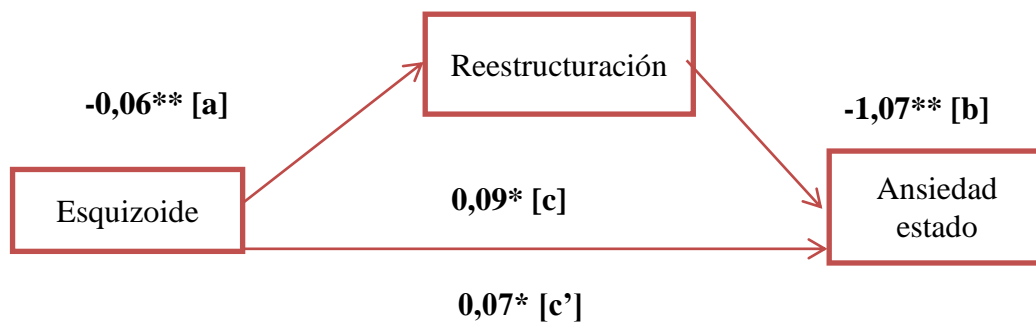


Figura 6. Coeficientes beta no estandarizados para las relaciones entre reestructuración y ansiedad estado, rasgos esquizoides y reestructuración y por último para la relación entre rasgos esquizoides y ansiedad estado siendo mediada por el mecanismo de reestructuración.

\*  $p \leq 0.05$ , \*\*  $p \leq 0.01$ , \*\*\*  $p \leq 0.001$ .

El mecanismo de Reestructuración cognitiva también medió significativamente la relación entre los rasgos de personalidad Esquizotípica y Ansiedad Estado. El efecto total (contando con los efectos directos e indirectos) del rasgo Esquizotípico sobre la Ansiedad Estado fue positivo y significativo (Coeff=0,21;  $p \leq 0,001$ ). Tanto el rasgo Esquizotípico como la Ansiedad Estado se relacionaron negativamente con el mecanismo de Reestructuración. De esta manera, una mayor Reestructuración cognitiva hizo que la relación entre rasgo Esquizotípico y Ansiedad Estado fuera menor (efecto supresor) (ver Figura 7).

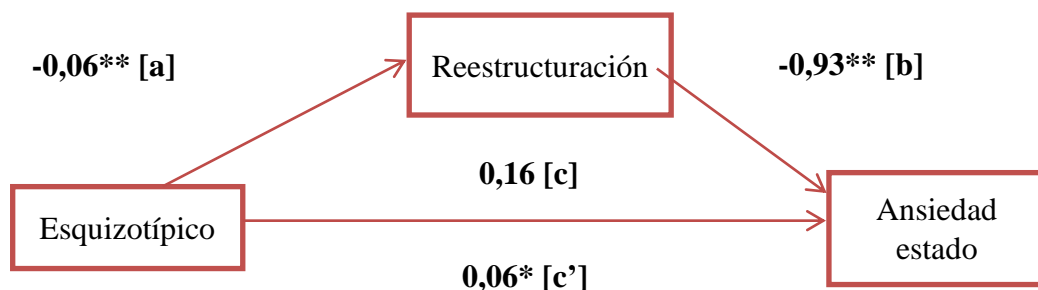


Figura 7. Coeficientes beta no estandarizados para las relaciones entre reestructuración y ansiedad estado, rasgos esquizotípicos y reestructuración y por último para la relación entre rasgos esquizotípicos y ansiedad estado siendo mediada por el mecanismo de reestructuración

\*  $p \leq 0.05$ , \*\*  $p \leq 0.01$ , \*\*\*  $p \leq 0.001$ .

**Tabla 27. Coeficientes no estandarizados de las relaciones directas e indirectas entre variables de personalidad y ansiedad estado.**

<b>Variable personalidad</b>	<b>Mecanismos de afrontamiento</b>	<b>Relación directa con ansiedad estado [c] b (p)</b>	<b>Relación indirecta con ansiedad estado [c'] b (p)</b>
<b>Esquizotípico</b>	Evitación de problemas	<b>0,21 (<math>\leq 0.0001</math>)</b>	0,01 (0,64)
	Reestructuración cognitiva	<b>0,16 (0.002)</b>	<b>0,06 (0,029)</b>
	Retirada social	<b>0,20 (0.0013)</b>	0,02 (0,30)
<b>Fóbica</b>	Evitación de problemas	<b>0,25 (<math>&lt; 0.001</math>)</b>	-0,01 (0,52)
	Reestructuración cognitiva	<b>0,17 (0.002)</b>	0,06 (0,06)
	Retirada social	<b>0,21 (0.001)</b>	0,02 (0,44)
<b>Esquizoide</b>	Evitación de problemas	<b>0,15 (0.002)</b>	0,01 (0,73)
	Reestructuración cognitiva	0,09 (0,07)	<b>0,07 (0,028)</b>
	Retirada social	<b>0,14 (0.01)</b>	0,02 (0,26)
<b>Compulsivo</b>	Evitación de problemas	-0.10 (0.06)	0,05 (0,057)
	Reestructuración cognitiva	-0,06 (0,22)	0,01 (0,71)
	Retirada social	-0,03 (0,50)	-0,01 (0,53)
<b>Pasivo-Agresivo</b>	Evitación de problemas	<b>0,16 (0,003)</b>	0,00 (0,82)
	Reestructuración cognitiva	<b>0,14 (0,003)</b>	0,02 (0,49)
	Retirada social	<b>0,5 (0,007)</b>	0,01 (0,44)
<b>Auto-destructivo</b>	Evitación de problemas	<b>0,27 (<math>&lt; 0,001</math>)</b>	0,01 (0,59)
	Reestructuración cognitiva	<b>0,22 (0,0001)</b>	0,06 (0,076)
	Retirada social	<b>0,26 (<math>&lt; 0,0001</math>)</b>	0,02 (0,34)

En Negrita se encuentran resaltados los valores que fueron significativos con una  $p \leq 0.05$

El resto de relaciones entre los rasgos de personalidad (i.e. Fóbica, Pasivo-agresivo, y Autodestructivo) y las puntuaciones de Ansiedad Estado fueron directas y no estuvieron mediadas por ningún mecanismo de afrontamiento (ver Tabla 27.)

En relación a las asociaciones entre rasgos de personalidad y Ansiedad Rasgo, los resultados indicaron que los rasgos de personalidad de Esquizotípica ( $b=-0,19$ ;  $p \leq 0,001$ ), Esquizoide ( $b=0,13$ ;  $p=0,007$ ), Fóbica ( $b=-0,21$ ;  $p \leq 0,001$ ), Antisocial ( $b=0,11$ ;

$p=0,009$ ), Pasivo Agresivo ( $b=0,17$ ;  $p=0,001$ ), Autodestructiva ( $b=0,25$ ;  $p\leq 0,001$ ), Compulsiva ( $b=-0,06$ ;  $p=0,17$ ) y Límite ( $b=0,21$ ;  $p\leq 0,001$ ), estuvieron relacionados con Ansiedad Rasgo. Por el contrario, los rasgos de personalidad: Dependiente ( $b=0,001$ ;  $p=0,69$ ), Histriónica ( $b=0,001$ ;  $p=0,99$ ), Narcisista ( $b=0,01$ ;  $p=0,75$ ), Compulsiva ( $b=-0,05$ ;  $p=0,17$ ), Paranoide ( $b=-0,03$ ;  $p=0,42$ ) y Agresivo-sádico ( $b=0,07$ ;  $p=0,14$ ), no estuvieron estadísticamente asociados a las puntuaciones de Ansiedad Rasgo.

Los análisis de relaciones directas entre puntuaciones de mecanismos de afrontamiento y Ansiedad Rasgo destacaron que las variables Resolución de problemas ( $b=-0,98$ ;  $p=0,002$ ) y Reestructuración cognitiva ( $b=-0,77$ ;  $p=0,006$ ), estuvieron significativamente asociadas con menor Ansiedad Rasgo; Por su parte, Retirada social ( $b=0,74$ ;  $p=0,024$ ) estuvo significativamente asociado con mayor Ansiedad Rasgo. Por el contrario, Autocrítica ( $b=0,08$ ;  $p=0,77$ ), Expresión emocional ( $b=-0,06$ ;  $p=0,80$ ), Pensamiento desiderativo ( $b=0,49$ ;  $p=0,096$ ), Apoyo social ( $b=0,18$ ;  $p=0,44$ ) y Evitación de problemas ( $b=-0,51$ ;  $p=0,12$ ), no estuvieron estadísticamente relacionados con Ansiedad Rasgo (ver Tabla 28).

**Tabla 28. Variables de personalidad y afrontamiento que estuvieron significativamente relacionados con Ansiedad Rasgo.**

<b>Personalidad → Ansiedad estado</b>	<b>Afrontamiento → Ansiedad estado</b>
Esquizotípico	Resolución de problemas
Fóbica	Reestructuración cognitiva
Antisocial	Retirada social
Agresivo-Sádico	
Esquizoide	
Compulsivo	
Pasivo-Agresivo	
Límite	

Los análisis de mediación (ver Tabla 29) indicaron que ningún mecanismo de afrontamiento medió la relación entre los rasgos de personalidad y las puntuaciones de Ansiedad Rasgo. Según los resultados hallados, la mayoría de las puntuaciones de personalidad (salvo los rasgos de personalidad Compulsiva y Agresivo-sádico) tuvieron una relación directa con Ansiedad Rasgo.

**Tabla 29. Coeficientes no estandarizados de las relaciones directas entre variables de personalidad y ansiedad rasgo y las relaciones indirectas mediando mecanismos de defensa.**

<b>Variable personalidad</b>	<b>Mecanismos de afrontamiento</b>	<b>Relación directa con ansiedad rasgo [c] b (p)</b>	<b>Relación indirecta con ansiedad rasgo [c'] b (p)</b>
<b>Esquizotípica</b>	Resolución de problemas	<b>0,17 (0,0001)</b>	0,02 (0,15)
	Reestructuración cognitiva	<b>0,17 (0,0003)</b>	<b>0,02 (0,23)</b>
	Retirada social	<b>0,18 (0,0007)</b>	0,02 (0,27)
<b>Fóbica</b>	Resolución de problemas	<b>0,17 (0,0004)</b>	0,03 (0,16)
	Reestructuración cognitiva	<b>0,17 (0,0006)</b>	0,03 (0,17)
	Retirada social	<b>0,19 (0,0008)</b>	0,02 (0,39)
<b>Antisocial</b>	Resolución de problemas	<b>0,11 (0,006)</b>	-0,005 (0,80)
	Reestructuración cognitiva	<b>0,11 (0,008)</b>	-0,002 (0,91)
	Retirada social	<b>0,10 (0,017)</b>	0,004 (0,75)
<b>Agresivo-Sádico</b>	Resolución de problemas	0,07 (0,09)	-0,01 (0,55)
	Reestructuración cognitiva	0,07 (0,10)	-0,01 (0,57)
	Retirada social	0,06 (0,16)	0,00 (0,98)
<b>Esquizoide</b>	Resolución de problemas	<b>0,11 (0,021)</b>	0,02 (0,22)
	Reestructuración cognitiva	<b>0,09 (0,043)</b>	0,03 (0,13)
	Retirada social	<b>0,11 (0,021)</b>	0,02 (0,23)
<b>Compulsivo</b>	Resolución de problemas	-0,01 (0,73)	-0,007 (0,66)
	Reestructuración cognitiva	-0,02 (0,52)	0,01 (0,71)
	Retirada social	-0,01 (0,76)	-0,01 (0,53)
<b>Pasivo-Agresivo</b>	Resolución de problemas	<b>0,14 (0,002)</b>	-0,01 (0,44)
	Reestructuración cognitiva	<b>0,15 (0,001)</b>	0,01 (0,50)
	Retirada social	<b>0,15 (0,002)</b>	0,01 (0,44)
<b>Límite</b>	Resolución de problemas	<b>0,19 (0,0002)</b>	0,01 (0,59)
	Reestructuración cognitiva	<b>0,18 (&lt;0,0001)</b>	0,02 (0,35)
	Retirada social	<b>0,18 (0,0002)</b>	0,02 (0,30)

En Negrita se encuentran resaltados los valores que fueron significativos con una  $p \leq 0.05$

Respecto a las relaciones directas entre personalidad y calidad de vida (subescala de Media Física), los resultados indicaron que Esquizoide ( $b=-0,20$ ;  $p=0,045$ ), Fóbica ( $b=-0,27$ ;  $p=0,022$ ), Antisocial ( $b=-0,19$ ;  $p=0,038$ ), Autodestructiva ( $b=-0,29$ ;  $p=0,026$ ), Esquizotípica ( $b=-0,31$ ;  $p=0,002$ ), Límite ( $b=-0,28$ ;  $p=0,012$ ) y Paranoide ( $b=-0,10$ ;  $p=0,24$ ), estuvieron negativamente relacionados con la media de salud física.

Por el contrario, los rasgos de Dependiente ( $b=-0,06$ ;  $p=0,54$ ), Histriónico ( $b=0,06$ ;  $p=0,54$ ), Narcisista ( $b=-0,06$ ;  $p=0,50$ ), Agresivo-sádica ( $b=-0,09$ ;  $p=0,32$ ), Compulsiva ( $b=-0,02$ ;  $p=0,85$ ) y Pasivo agresiva ( $b=-0,21$ ;  $p=0,066$ ), no estuvieron relacionados con la media de salud física (subescala Media Física). Posteriormente, los resultados indicaron que ningún mecanismo de afrontamiento estuvo relacionado con la dimensión física de calidad de vida. En este sentido, ni Resolución de problemas ( $b=1,26$ ;  $p=0,079$ ), ni Autocrítica ( $b=0,07$ ;  $p=0,90$ ), ni Expresión emocional ( $b=1,03$ ;  $p=0,082$ ), ni Pensamiento desiderativo ( $b=-0,97$ ;  $p=0,13$ ), ni Apoyo social ( $b=0,45$ ;  $p=0,38$ ), ni Reestructuración cognitiva ( $b=0,85$ ;  $p=0,18$ ), ni Evitación de problemas ( $b=0,69$ ;  $p=0,33$ ), ni Retirada social ( $b=-0,81$ ;  $p=0,27$ ) estuvieron relacionados con calidad de vida (Media física) (ver Tabla 30). Ante estos resultados ningún análisis de mediación fue efectuado.

**Tabla 30. Variables significativamente asociadas a calidad de vida física (Media Física)**

<b>Personalidad → Media física</b>	<b>Afrontamiento → Media física</b>
Esquizoide	---
Fóbica	
Antisocial	
Autodestructiva	
Esquizotípica	
Límite	
Paranoide	

Por último, los análisis de regresión simple revelaron que los factores de personalidad estadísticamente asociados a menor media de Calidad de vida Mental (Media Mental) fueron: mayores rasgos Esquizoides ( $b=-0,31$ ;  $p=0,001$ ), Fóbicos ( $b=-$



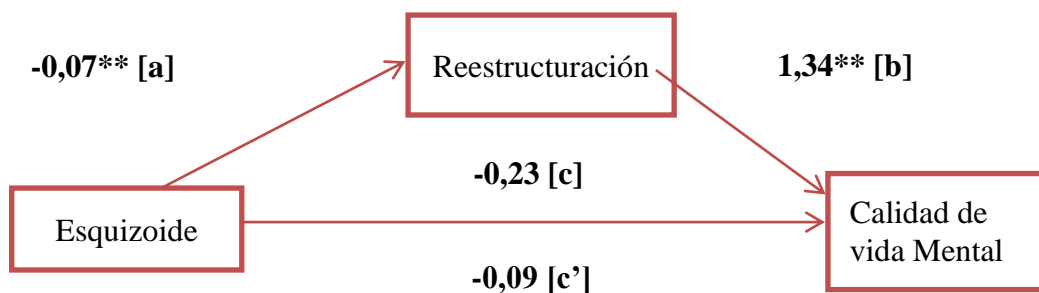
0,41;  $p \leq 0,001$ ) y Antisociales ( $b = -0,22$ ;  $p = 0,012$ ). También estuvo asociado a una mayor Media Mental una puntuación menor en Pasivo-agresiva ( $b = -0,39$ ;  $p = 0,001$ ), Autodestructiva ( $b = -0,45$ ;  $p \leq 0,001$ ), Esquizotípica ( $b = -0,41$ ;  $p \leq 0,0001$ ) y Límite ( $b = -0,38$ ;  $p \leq 0,001$ ).

Los rasgos de personalidad Agresivo-sádica ( $b = -0,15$ ;  $p = 0,089$ ), Dependiente ( $b = -0,005$ ;  $p = 0,95$ ), Histriónica ( $b = 0,11$ ;  $p = 0,25$ ), Narcisista ( $b = -0,001$ ;  $p = 0,98$ ), Compulsiva ( $b = 0,12$ ;  $p = 0,17$ ) y Paranoide ( $b = -0,05$ ;  $p = 0,49$ ), no estuvieron estadísticamente relacionados con las puntuaciones de Calidad de vida mental (Media Mental) (ver Tabla 31).

Asimismo, los mecanismos de afrontamiento que resultaron estadísticamente relacionados con mayores puntuaciones en las medias de Calidad de vida en la dimensión de salud mental fueron: mayor Resolución de problemas ( $b = 1,57$ ;  $p = 0,003$ ), menor Retirada social ( $b = -1,66$ ;  $p = 0,002$ ) y mayor Reestructuración cognitiva ( $b = 2,04$ ;  $p \leq 0,0001$ ). Contrariamente, los mecanismos de afrontamiento de Autocrítica ( $b = -0,76$ ;  $p = 0,19$ ), Expresión emocional ( $b = 0,96$ ;  $p = 0,083$ ), Pensamiento desiderativo ( $b = -0,33$ ;  $p = 0,58$ ), Apoyo social ( $b = 0,85$ ;  $p = 0,071$ ), y Evitación de problemas ( $b = 1,19$ ;  $p = 0,072$ ) no estuvieron significativamente relacionados con las puntuaciones en Calidad de vida (Media Mental). **Tabla 31. Variables significativamente asociadas a Calidad de Vida Mental (Media Mental).**

Personalidad → Media mental	Afrontamiento → Media mental
Esquizoide	Retirada social
Fóbica	Reestructuración cognitiva
Deseabilidad	
Alteración	
Antisocial	
Pasivo-Agresiva	
Autodestructiva	
Esquizotípica	
Límite	

Los análisis de mediación entre variables de personalidad, indicaron que solamente la variable Reestructuración cognitiva marginalmente medió entre el rasgo de personalidad Esquizoide y Calidad de vida mental. La Reestructuración tuvo una relación positiva con Calidad de vida mental pero negativa con rasgos Esquizoides. El efecto total (relación directa e indirecta) fue negativo y significativo (Coeff: -0,31;  $p=0,0001$ ) indicando que una menor Reestructuración cognitiva hizo la relación negativa entre rasgos Esquizoides y Calidad de vida mental, menos fuerte (ver Figura 8 y tabla 32). No obstante este efecto de mediación no fue significativo.



*Figura 8. Coeficientes beta no estandarizados para las relaciones entre reestructuración y calidad de vida, rasgos esquizoides y reestructuración y por último para la relación entre rasgos esquizoides y calidad de vida siendo mediada por el mecanismo de reestructuración*

*\*  $p \leq 0.05$ , \*\*  $p \leq 0.01$ , \*\*\*  $p \leq 0.001$*

El resto de escalas de personalidad (i.e. Fóbica, Antisocial, Agresivo-sádico, Autodestructiva, Esquizotípica y Límite) se relacionaron directamente con peor Calidad de vida mental (Media Mental), sin que hubiera ningún efecto mediador de los mecanismos de afrontamiento (ver Tabla 32).

**Tabla 32. Coeficientes no estandarizados de las relaciones directas entre variables de personalidad y media de salud mental y las relaciones indirectas mediando mecanismos de defensa.**

<b>Variable personalidad</b>	<b>Mecanismos de afrontamiento</b>	<b>Relación directa con salud mental [c] b (p)</b>	<b>Relación indirecta con salud mental [c'] b (p)</b>
<b>Esquizoide</b>	Resolución de problemas	<b>-0,29 (0,0003)</b>	-0,02 (0,39)
	Retirada social	<b>-0,25 (0,0025)</b>	-0,06 (0,109)
	Reestructuración cognitiva	<b>-0,23 (0,007)</b>	<b>-0,09 (0,054)</b>
<b>Fóbica</b>	Resolución de problemas	<b>-0,34 (0,0003)</b>	-0,08 (0,08)
	Retirada social	<b>-0,35 (0,0006)</b>	-0,07 (0,12)
	Reestructuración cognitiva	<b>-0,34 (0,0002)</b>	-0,08 (0,082)
<b>Anti-social</b>	Resolución de problemas	<b>-0,25 (0,0013)</b>	0,01 (0,80)
	Retirada social	<b>-0,23 (0,002)</b>	-0,01 (0,75)
	Reestructuración cognitiva	<b>-0,25 (0,0006)</b>	-0,00 (0,91)
<b>Pasivo-Agresivo</b>	Resolución de problemas	<b>-0,33 (0,0004)</b>	-0,05 (0,16)
	Retirada social	<b>-0,23 (0,0025)</b>	-0,23 (0,002)
	Reestructuración cognitiva	<b>-0,31 (0,0006)</b>	-0,07 (0,10)
<b>Autodestructiva</b>	Resolución de problemas	<b>0,44 (&lt;0,0001)</b>	0,04 (0,20)
	Retirada social	<b>0,41 (&lt;0,0001)</b>	-0,07 (0,12)
	Reestructuración cognitiva	<b>-0,40 (&lt;0,0001)</b>	-0,08 (0,095)
<b>Esquizotípica</b>	Resolución de problemas	<b>-0,38 (&lt;0,0001)</b>	-0,04 (0,21)
	Retirada social	<b>-0,36 (&lt;0,0001)</b>	-0,05 (0,14)
	Reestructuración cognitiva	<b>-0,33 (&lt;0,0001)</b>	-0,07 (0,067)
<b>Límite</b>	Resolución de problemas	<b>-0,36 (&lt;0,0001)</b>	-0,02 (0,59)
	Retirada social	<b>-0,31 (&lt;0,0001)</b>	-0,07 (0,11)
	Reestructuración cognitiva	<b>-0,33 (&lt;0,0001)</b>	-0,04 (0,33)

## 5.6. ANÁLISIS DE FACTORES RELACIONADOS CON MORTALIDAD

Los análisis de regresión logística simple indicaron que ninguna variable demográfica estuvo relacionada con mortalidad a lo largo del estudio (Tabla 33).

**Tabla 33. Variables demográficas y mortalidad (análisis de regresión simple).**

Variables	Mortalidad O.R. ( <i>p</i> )
<b>Género (ref. varón)</b>	0,59 (0,56)
<b>Edad</b>	0,96 (0,37)
<b>Estado civil (ref. casado)</b>	
Soltero	1,66 (0,60)
Separado/Divorciado	2,00 (0,48)
<b>Nivel educativo (ref. universidad o más)</b>	
COU	1,18 (0,89)
Obligatoria	1,62 (0,70)
Educación Parcial o inferior a secundaria	5,57 (0,088)

En cuanto a las variables oncológicas, ni la localización del tumor, ni los meses de enfermedad, estuvieron estadísticamente relacionadas con una mayor mortalidad. Por el contrario, la presencia de metástasis y la presencia de cirugía en línea base, sí que fueron factores relacionados con mortalidad a lo largo del estudio (ver Tabla 34).

**Tabla 34. Variables oncológicas y mortalidad (análisis de regresión simple).**

Variables	O.R. ( <i>p</i> )
<b>Localización cáncer</b>	
Mama (ref. no mama )	0,50 (0,41)
<b>Meses de enfermedad</b>	0,91 (0,19)
<b>Metástasis (ref. no)</b>	6,78 (0,032)
<b>Tipo de tratamiento</b>	
Cirugía	0,14 (0,041)
Quimio	--
Radio	2,06 (0,42)
Hormonal	--

Respecto a las variables psicológicas en línea base relacionadas con mayor mortalidad, los análisis de regresión logística simple indicaron que ni Depresión (O.R.=0,94;  $p=0,28$ ), ni Ansiedad Estado (O.R.=1,01;  $p=0,76$ ), ni Ansiedad Rasgo (O.R.=1,01;  $p=0,69$ ) ni las puntuaciones de Media física (O.R.=1,02;  $p=0,14$ ) o las de la Media mental en línea base (O.R.=1,02;  $p=0,13$ ), estuvieron significativamente relacionadas con mayor mortalidad. Asimismo, los análisis de regresión simple indicaron que las variables de afrontamiento, de Resolución de problemas (O.R.=0,96;  $p=0,69$ ), Autocrítica ( $b=0,97$ ;  $p=0,69$ ), Expresión emocional (O.R.=1,08;  $p=0,33$ ), Pensamiento desiderativo (O.R.=1,02;  $p=0,78$ ), Apoyo social (O.R.=1,13;  $p=0,13$ ), Reestructuración cognitiva (O.R.=1,01;  $p=0,34$ ), Evitación de problemas (O.R.=0,95;  $p=0,63$ ) y Retirada social (O.R.=0,89;  $p=0,29$ ), tampoco estuvieron significativamente relacionadas con mayor mortalidad.

En cuanto a los rasgos de personalidad, los resultados de la regresiones simples indicaron que mayor Histrionismo (O.R.=1,04;  $p=0,010$ ), mayores puntuaciones en el rasgo Agresivo-sádico (O.R.=1,03;  $p=0,037$ ) y también mayores en el rasgo Pasivo-agresivo (O.R.=1,03;  $p=0,042$ ), estuvieron relacionados con una mayor probabilidad de mortalidad. El resto de rasgos de personalidad, i.e. Esquizoide (O.R.=0,99;  $p=0,49$ ), Fóbica ( $b=1,00$ ;  $p=0,81$ ), Dependiente (O.R.=1,01;  $p=0,33$ ), Narcisista (O.R.=1,02;  $p=0,10$ ), Antisocial (O.R.=1,01;  $p=0,275$ ), Compulsiva (O.R.=0,99;  $p=0,97$ ), Autodestructiva (O.R.=1,01;  $p=0,50$ ), Esquizotípica (O.R.=1,00;  $p=0,88$ ), Límite (O.R.=1,01;  $p=0,42$ ) y Paranoide (O.R.=1,00;  $p=0,67$ ), no estuvieron relacionados con mortalidad.

Los análisis de regresión logística múltiple con método hacia atrás con las variables que fueron estadísticamente significativas en los análisis de regresión simple con mortalidad, indicaron que mayores puntuaciones en la variable de personalidad Histrionismo estuvo marginalmente relacionada con una mayor probabilidad de mortalidad después de controlar por el efecto de presencia de metástasis y la presencia de cirugía en línea base (ver Tabla 35). Por el contrario, las variables de personalidad Agresivo-sádica (O.R.=0,02;  $p=0,87$ ) y Pasivo-agresiva (O.R.=0,09;  $p=0,76$ ), no estuvieron estadísticamente relacionadas con mortalidad y fueron excluidas en el paso 2° y 3° del modelo correspondientemente. Este modelo final explicó el 97.6% de los casos de ausencia de mortalidad y el 57% de los casos de mortalidad.

**Tabla 35. Variables basales relacionadas con mortalidad.**

<b>Variables</b>	<b>O.R. (p)</b>
Cirugía (ref. no)	0,07 (0,025)
Metástasis (ref. no)	6,93 (0,096)
Histriónica	1,04 (0,051)

### **5.7. ANÁLISIS DE CASOS PERDIDOS EN EL SEGUIMIENTO**

Por último, se procedió a verificar si hubo alguna variable del estado psicológico (Depresión o Ansiedad) o de Calidad de vida en línea base que estuviera relacionada con la no participación voluntaria en las evaluaciones de seguimiento del estudio (“missing”). El número de participantes que no participaron voluntariamente en ninguna de las evaluaciones de seguimiento en el estudio (excluyendo los 7 casos de mortalidad) fueron 14. Los resultados indicaron que ninguna variable psicológica, ni de calidad de vida estuvo significativamente relacionada con no participar en las evaluaciones de seguimiento del estudio. No obstante, una mayor puntuación en Depresión en línea base sí que estuvo marginalmente relacionada con no asistir a las evaluaciones de seguimiento a lo largo del tiempo (Tabla 36).

**Tabla 36. Variables relacionadas con la no asistencia a ninguna evaluación posterior de seguimiento**

<b>Variables</b>	<b>O.R. (p)</b>
Sexo (ref. hombre)	2,26 (0,39)
Edad	1,03 (0,41)
Depresión	0,86 (0,06)
Ansiedad Estado	1,05 (0,41)
Ansiedad Rasgo	1,00 (0,99)
Media Física	0,97 (0,37)
Media Mental	1,03 (0,37)

## 6. DISCUSIÓN

El presente trabajo tuvo como objetivo principal analizar la relación entre diferentes variables de personalidad y estrategias de afrontamiento, con la calidad de vida y la psicopatología presente en los pacientes con cáncer.

La literatura y la experiencia clínica nos indican que las personas con cáncer se deprimen más, tienen más ansiedad y una peor calidad de vida (47). Tal y como se había hipotetizado, nuestra muestra presentó puntuaciones altas de Depresión, Ansiedad y bajas de Calidad de vida percibida. En concreto en nuestra muestra, el 30,2% de los pacientes presentó depresión moderada o grave. Estos números son congruentes con los resultados del meta-análisis de Mitchell (48), que encontró que el 34,1% de los pacientes con cáncer presentaban depresión.

Asimismo, el 40% de los sujetos de la muestra obtuvieron puntuaciones mayores del Centil 75 en “Ansiedad Estado”. Estos datos son superiores a los hallados por estudios como el de Mitchell (47), o Nikbakhsh (48), que situaban la prevalencia de la ansiedad en pacientes oncológicos en torno al 30%, y son más similares a los datos del estudio de Arpanwong (49).

La Guía editada por la Sociedad Americana de Oncología Médica (53) reconoce la importancia de los síntomas depresivos y ansiosos en los pacientes oncológicos y pone en relación dicha sintomatología con la calidad de vida. En este estudio, tomamos dos variables que sintetizan el nivel de calidad de vida (Media Mental y Media Física). La Media Mental resultó ser más alta que la Media Física. Es decir, los pacientes percibieron una peor calidad de vida física que mental. La Media Mental correlacionó más con Depresión y Ansiedad que la Media Física.

En cuanto a las variables de personalidad, la escala Compulsiva fue la dimensión en la que los pacientes obtuvieron mayor puntuación, estando ésta por encima del punto de corte de la media poblacional. Algunos estudios han puesto en relación la obsesividad y el cáncer, partiendo de la hipótesis de que las personas más obsesivas, tienen una mayor probabilidad de desarrollar cáncer, sin embargo no se han hallado resultados satisfactorios en esta dirección (84). En este sentido, parecería más plausible pensar en una interpretación opuesta, es decir, que las personas con cáncer se podrían hacer más obsesivas. El tener una mayor preocupación por su salud, y más temores a recaer o incluso a morir, posiblemente les hace tener pensamientos más obsesivos (82). De hecho, hay evidencia de que determinados rasgos de personalidad pueden cambiar

como resultado de padecer una enfermedad crónica (111).

Uno de los objetivos del estudio fue analizar las características psicológicas y demográficas de la muestra y cómo se relacionaban entre sí.

A este respecto, no se hallaron diferencias entre hombres y mujeres en ninguna de las variables psicológicas estudiadas. La literatura previa ha indicado que en general, las mujeres se deprimen más y padecen más ansiedad. En concreto, la prevalencia de depresión mayor en mujeres es el doble que en varones (83). Los trastornos de ansiedad también suelen ser más frecuentes en las mujeres. De hecho, algunos autores dan una explicación hormonal (84). Los estudios con pacientes con cáncer también apuntan en la misma dirección de mayor prevalencia de depresión en mujeres que en hombres (85). Sin embargo, en nuestra muestra no hubo tales diferencias. Esto podría explicarse por las características de nuestra muestra, ya que se trata de pacientes en los que se ha detectado una necesidad de abordaje psicológico y han sido derivados al servicio de Psiquiatría por ello, es decir, tanto las mujeres como los hombres que la componen están emocionalmente/clínicamente afectados por el cáncer.

Tampoco, hubo diferencias entre las personas que vivían solas y los que lo hacían acompañados en los niveles de depresión. Numerosos estudios suelen asociar el vivir solo con padecer depresión (86). Asimismo, el no vivir acompañado está asociado a una mayor probabilidad de suicidio, y aumenta el riesgo de intento de suicidio en 6,7 veces (87). De hecho, en nuestra muestra tampoco hubo diferencias según el estado civil, aunque tradicionalmente se ha relacionado la depresión con el ser soltero, divorciado o viudo (88). Esta falta de diferencias podría explicarse por el hecho de que cuando una persona adulta sin pareja tiene una enfermedad grave, generalmente, la familia extensa y los amigos, ejercen un mayor apoyo social, supliendo así el apoyo que podría dar una pareja.

Por otra parte, las personas que en el momento basal del estudio no estaban activos laboralmente, obtuvieron una mejor calidad de vida mental percibida (mayor Media Mental). Este resultado podría explicarse por el hecho de que podían estar más centrados en los cuidados de su salud. Este grupo además, alcanzó puntuaciones mayores en el mecanismo de afrontamiento Expresión emocional. También es posible, que el grupo de los no activos estuviera compuesto por personas que expresasen más sus emociones, consiguiesen comunicar mejor al médico la necesidad de continuar la baja laboral transitoria o incluso de conseguir una permanente.

En cuanto a las variables de personalidad, las personas que no estaban trabajando,



obtuvieron puntuaciones mayores en las escalas Límite y Fóbica, y puntuaciones más bajas en Esquizoide y Esquizotípico. Este hecho puede explicarse por la naturaleza misma del conjunto de los rasgos que determinan cada una de estas personalidades tipo. En concreto, en las personas que tienen rasgos límites de personalidad, la inestabilidad de sus emociones y la intensidad de las mismas, interfieren en su vida cotidiana. Además, los trastornos de identidad en las personas con rasgos límites son frecuentes, no estando seguros quiénes son en lo personal y en lo profesional, siendo difícil por ello dirigir su propia vida e intereses laborales. Este malestar que padecen genera, en ocasiones, una desadaptación social y ocupacional, con importantes dificultades en la incorporación y/o mantenimiento del ámbito laboral (89).

Asimismo, las personas con personalidades Evitativas o Fóbicas, destacan por una alta hipersensibilidad al rechazo. Esto les lleva al aislamiento social o al retraimiento, y muchas veces la anticipación que hacen del rechazo social les lleva a evitar la propia actividad laboral (89). Por otra parte, en el caso de las personas con rasgos Esquizoides y Esquizotípicos, es posible que la dificultad para expresar sus emociones y para vincularse con sus médicos, les impida comunicar su malestar y solicitar una prórroga de la baja médica. En cualquier caso, nuestros resultados deberían ser tomados con prudencia debido al tamaño muestral, siendo necesario que futuros estudios verifiquen estos hallazgos.

En cuanto al nivel de educación, hubo una tendencia que éste se relaciona con la Ansiedad Estado, de la siguiente manera. Los de mayor nivel de educación (universitarios), tuvieron menos ansiedad que los que tenían un nivel de educación inferior a la secundaria. Esto podría explicarse porque las personas con un nivel educativo superior podrían tener más recursos emocionales y/o cognitivos para hacer frente al cáncer. Algunos estudios apuntan en esta dirección, e incluso comentan que tener un nivel educativo superior es un factor protector de depresión en pacientes con cáncer (90). No obstante, en nuestro estudio este resultado fue marginalmente significativo.

Por otro lado, los pacientes de mayor edad puntuaron menos en los mecanismos de afrontamiento Evitación de problemas, Expresión emocional, Reestructuración cognitiva y Autocrítica. Es posible que la edad ayude a enfrentarse a los problemas sin evadirlos, pero a la vez, la mayor edad disminuye la flexibilidad cognitiva y con ello se vuelven más rígidos los patrones cognitivos, de ahí que se reduzca la capacidad para reestructurarse y disminuya la autocrítica (91). Distintas investigaciones han señalado repetidamente las dificultades de los mayores para expresar sus sentimientos o su tendencia

a manifestarlos a través de síntomas somáticos, lo que dificulta su reconocimiento (92). También se ha considerado la vejez como un factor asociado a la depresión, sobre todo mediado por una peor salud física (88, 93). Otros, sin embargo, comentan que la mayor prevalencia de depresión aparece en la franja de edad de los 15 a los 45 años (110). Nuestros resultados indicaron que no hubo una relación entre edad y depresión. Esto podría explicarse por el tamaño muestral y por la homogeneidad de la muestra en cuanto a la edad. Nuestros pacientes tienen una edad bastante similar con una media de 53,71 años con una desviación típica de 11,77.

Otro aspecto interesante tiene que ver con la relación entre la gravedad de la enfermedad y algunas variables internas. Hipotetizábamos que los pacientes más graves (estadio III y IV de la enfermedad) sufrirían un mayor impacto psicológico (más depresión, más ansiedad y pero calidad de vida percibida), como algunos estudios aseguran (94). Sin embargo, en nuestros resultados, no hallamos que los pacientes más graves sufrieran un mayor impacto psicológico de la enfermedad, incluso obtuvimos que los pacientes más graves tenían menos Ansiedad Estado. Estos resultados podrían apuntar a que podría parecer más importante la sensación de control del paciente sobre su enfermedad, que la gravedad de la misma (95). También es posible que la relación entre el estado psicológico y la gravedad no sea lineal, si no que como se detalló en la introducción pase por diferentes fases.

Tampoco se encontró que los pacientes con metástasis tuvieran más depresión o ansiedad (ni estado ni rasgo), en contra de lo que otros estudios han descrito (96).

Por el contrario, las variables relacionadas positivamente con la gravedad de la enfermedad oncológica fueron los rasgos Paranoide y Narcisista. Si bien es cierto, que no es fácil explicar por qué los pacientes más paranoides y más narcisistas tenían una mayor gravedad en su enfermedad oncológica en el momento basal. Una posible interpretación es que, los pacientes más graves se vuelvan más paranoides (desconfiados y suspicaces) y más narcisistas (se centran en sí mismos y en su problemática, sin importarles tanto los problemas ajenos). Futuros estudios deberán de corroborar estos resultados, obteniendo medias de personalidad en diferentes tiempos de la evolución de la enfermedad.

Si tenemos en cuenta la presencia de metástasis, las personas con metástasis, al igual que las más graves, puntuaron más alto en las escalas Paranoide y Narcisista, y también en Histriónico y Antisocial. Los resultados podrían sugerir que las personas que padecen metástasis, además de centrarse en sí mismos y volverse desconfiados, intentan llamar

la atención de los demás y se vuelven menos empáticos. Además, obtuvieron puntuaciones más bajas en el mecanismo de afrontamiento Pensamiento Desiderativo, probablemente porque este mecanismo tiene que ver con la fantasía de recuperación. Futuros estudios longitudinales deberían de verificar si los rasgos de personalidad fluctúan a lo largo de la enfermedad oncológica.

En cuanto a la localización del tumor, no hubo diferencias entre los distintos pacientes según el tipo de cáncer que tuvieran. Estos resultados podrían deberse a que la experiencia de enfermedad es más importante que el tipo de enfermedad en sí. También este resultado podría explicarse porque no hubo un numero homogéneo de personas que padecieran un tipo de cáncer (mama y pulmón fueron los más numerosos mientras que los otros tuvieron frecuencias mucho menores). Por otra parte, el tiempo que llevaban los pacientes con la enfermedad, si se relacionó con depresión. Los pacientes que llevaban más tiempo con la enfermedad estaban más deprimidos, y sin embargo, eran menos dependientes. Algunos autores explican la relación entre el tiempo de enfermedad y la depresión (66). Pero además, también a nivel de práctica clínica es lógico pensar que los pacientes que son derivados al Servicio de Psiquiatría al tiempo de haberles diagnosticado el cáncer, van a estar peor psicológicamente que los de reciente diagnóstico, puesto que no se remiten para prevención, sino porque se ha detectado un trastorno afectivo. Tal y como se comentó en la introducción, hay diversas fases psicológicas por las que pasa el paciente con cáncer, y no siempre están más afectados los pacientes al inicio de la enfermedad. La llamada etapa del “abandono por parte del sistema”, que coincide con el final de los tratamientos y con el distanciamiento de las consultas de Oncología, suele ser muy difícil para ellos (42). También es complicada la etapa de la “incomprensión”, en la que el paciente comprueba que los tratamientos tienen efectos a largo plazo con los que ya nadie contaba, y que él/ella no se siente igual de bien que antes.

Sin embargo, a la vez, estos pacientes que llevaban más tiempo enfermos, eran más independientes. Puede deberse a que, en las primeras etapas de la enfermedad, las consecuencias de los tratamientos les impiden ser autónomos, lo que les hace más dependientes (1) mientras que los que llevan más tiempo de enfermedad, podrían haberse adaptado a su situación y desenvolverse más autónomamente.

Otra de nuestras hipótesis, relacionaba algunas variables sociodemográficas y clínicas con Depresión, Ansiedad Estado, y Calidad de vida (Mental y Física). En concreto, pensábamos que las mujeres, los solteros, los que vivían solos, los que tenían una

enfermedad más grave, los que tenían metástasis, y los que habían sido sometidos a cirugía, tendrían más Depresión, más Ansiedad Estado y una peor Calidad de vida mental y física a lo largo del tiempo. Ninguna de estas variables sociodemográfica u oncológicas se relacionó con Depresión a nivel transversal o longitudinal. Lo mismo sucedió con la Calidad de vida mental (Media Mental) y física (Media Física).

Solamente, en el caso de la Ansiedad Estado, vimos que un menor nivel de educación (educación parcial, o educación inferior a la secundaria) frente a educación universitaria, se relacionó con una mayor ansiedad en el momento inicial y al año. Como ya se ha comentado, parece que un menor nivel educativo conlleva tener menos recursos cognitivos para afrontar la enfermedad.

También observamos que las personas con menor edad, presentaron mayor Ansiedad Estado. Es posible que la gente más joven con cáncer se encuentre más asustada ante la incertidumbre que percibe en relación a su futuro y que por este motivo, presenten más ira, hostilidad, incredulidad y miedo. Algunos estudios apuntan en esta dirección, y lo explican a través de los mecanismos de adaptación. Los estímulos que cuando eran jóvenes tenían capacidad para provocar en ellos reacciones ansiógenas, con el paso del tiempo pierden la capacidad para hacerlo (109).

En cuanto a las variables de personalidad, las subescalas que se asociaron más a Depresión y a Ansiedad Estado fueron Límite y Autodestructiva. En concreto, las más asociadas a Depresión, fueron Límite en el momento inicial, y Autodestructiva a los tres y a los doce meses. Las escalas más asociadas a Ansiedad Estado fueron Límite en línea base, y Autodestructiva a los tres meses. Con Ansiedad Rasgo, se asociaron significativamente las variables Autodestructiva en línea base, Esquizotípica a los tres meses y Límite a los doce meses. La Calidad de vida (Media Mental) se asoció con rasgos menos Autodestructivos y Antisocial en línea base y con menos rasgos Límite a los tres meses y Esquizotípicos al año. Por último, la Calidad de vida física (Media Física), se asoció a menos rasgos Esquizotípicos en el momento inicial y menos Esquizoides a los doce meses.

Como vemos, aunque las escalas de personalidad, que en general se asociaron con un mayor impacto psicológico fueron Esquizotípica, Límite, Autodestructiva y Esquizoide. Estas no lo hicieron en todos los momentos del estudio. Es posible, que en las diferentes etapas de la enfermedad, de las que ya hemos hablado, los rasgos de personalidad vayan variando, de modo que unos se exacerban más en determinados momentos. Aunque es-

tos resultados hay que tomarlos también con precaución, ya que la pérdida de casos a lo largo del estudio podría estar influyendo en estos resultados.

Lo que sí parece más claro, es que hay unos rasgos que se asocian más al impacto psicológico de la enfermedad que otros y éstos son: Esquizotípicos, Límites, Autodestructivos y Esquizoides. La literatura consultada nos indica que los rasgos de personalidad que se asocian más al cáncer son alto Neuroticismo y baja Extroversión y Amabilidad (20, 22, 23). Algunos autores como Ebstrup (21) hablan incluso de cómo el alto Neuroticismo influye en la aparición y desarrollo de tumores. Widiger et al. (97) relacionaron los trastornos de personalidad clínicos con los rasgos de personalidad de la teoría del Big Five. Encontraron, entre otras conclusiones, que las subescalas Esquizotípica y Límite se asociaban con Neuroticismo, Extroversión y Amabilidad.

El trastorno Límite de la personalidad destacaba por muy altas puntuaciones en Neuroticismo, y bajas en Amabilidad y Extroversión. El trastorno Esquizotípico puntuaba muy bajo en Extroversión, y se diferenciaba del Esquizoide, por tener puntuaciones más altas en Neuroticismo. Otros autores (98), también relacionan el Autodestructivo con alto Neuroticismo y baja Extroversión. En este sentido, nuestros resultados son congruentes con la literatura consultada, que da un peso fundamental al Neuroticismo en la explicación de los distintos trastornos de personalidad (23, 26, 27). Por todo ello, y como dice la literatura, es posible, que los pacientes con cáncer que puntúan más alto en Neuroticismo, y más bajo en Extroversión y Amabilidad, sufran un mayor impacto psicológico provocado por la enfermedad. Esto es congruente con nuestros resultados, ya que, como ya hemos comentado, los rasgos Esquizotípicos, Límites, Esquizoides y Autodestructivos, tienen en común, que todos ellos presentarían un alto Neuroticismo.

Además, nuestros hallazgos también son compatibles con la teoría de Millon, autor del MCMI-II, que postula que las escalas de personalidad patológicas son Límite, Esquizotípica y Paranoide. Estas escalas recogen problemas estructurales graves y procesos disfuncionales, que difieren del resto de las escalas, sobre todo por su déficit en la competencia social y frecuentes (aunque fácilmente reversibles) episodios psicóticos. Son especialmente vulnerables a las tensiones cotidianas de la vida y son menos efectivos en el afrontamiento que los tipos más leves (69).

Los mecanismos de afrontamiento, son variables internas que también influyen en el estado psicológico de los pacientes (9, 29, 30). En nuestro caso sólo algunos de ellos (“Reestructuración cognitiva”, “Resolución de problemas”, “Retirada social” y

“Expresión emocional”), aparecieron asociados a alguna de nuestras variables clínicas (Depresión, Ansiedad o Calidad de vida mental), en línea base.

Concretamente, con Depresión y con la Calidad de vida mental (Media Mental), aparecieron asociados una menor Reestructuración cognitiva y una mayor Retirada social. Las teorías clásicas de la depresión, señalan la capacidad para reestructurar los pensamientos como un factor protector frente a la depresión. De ahí, que las terapias cognitivo-conductuales, utilicen las técnicas de reestructuración cognitiva como base fundamental de los tratamientos (99). También, como se ha comentado anteriormente, el aislamiento y la retirada social, serían factores de riesgo para la depresión (86).

En el caso de la Ansiedad Estado, los mecanismos más fuertemente asociados en línea base, fueron una menor Reestructuración y una menor Resolución de problemas. Aunque la Reestructuración cognitiva se ha estudiado clásicamente en el campo de la depresión, también hay autores que comentan la importancia de ésta en los trastornos de ansiedad. En estos casos, la Reestructuración actuaría sobre los sesgos interpretativos y atencionales, los pensamientos deformados, las auto-instrucciones, la valoración cognitiva (amenaza o desafío), las atribuciones de causalidad, las expectativas, los esquemas disfuncionales, la autoeficacia percibida, la autoestima, la metacognición, las ideas irracionales, etc (100).

Tradicionalmente, se ha relacionado la capacidad para resolver problemas con un mejor estado afectivo, pero también se asocia a un grado menor de ansiedad. Por ello, también suelen utilizarse las técnicas de resolución de problemas como parte del tratamiento de los trastornos de ansiedad (101).

La Ansiedad Rasgo también apareció asociada significativamente, de forma negativa, al mecanismo Resolución de problemas a nivel trasversal. Hay evidencia que apunta a que la Ansiedad Rasgo influye en emociones negativas, lo que a su vez podría afectar a la capacidad para resolver problemas (112). Esto explicaría por qué las personas que de base son menos ansiosas resuelven mejor los problemas.

Por último, una menor Expresión emocional apareció asociado a una mayor Calidad de vida física en línea base (Media Física). Es posible que las personas que se encuentran mejor físicamente, no necesiten expresar tanto sus emociones, o al menos sus emociones negativas. También podría ser que las personas que expresan más sus emociones consigan estar mejor físicamente. No obstante estas posibles explicaciones deberían ser confirmadas por futuros estudios.

Según nuestro estudio, todos estos mecanismos de afrontamiento tuvieron un peso

mayor en el momento inicial, sin embargo las relaciones perdieron fuerza a lo largo del tiempo. Esto podría deberse a que la psicoterapia aplicada fomenta los mecanismos de afrontamiento más positivos, minimizando los negativos. De esta forma, las diferencias individuales en estos mecanismos disminuyen según avanza la terapia. Además, es posible que los mecanismos de afrontamiento cambien como producto de padecer una enfermedad grave (y no siempre de forma adaptativa). Por ello, los mecanismos en línea base no predecirían los estados psicológicos futuros. No obstante, estos resultados deben ser tomados con precaución, ya que de nuevo la disminución del tamaño muestral podría también haber influido en la pérdida de importancia del rol de los mecanismos de afrontamiento en las variables psicológicas a lo largo del tiempo.

Por otra parte, la hipótesis de que el impacto psicológico del cáncer (Depresión, Ansiedad y peor Calidad de vida percibida) se reduciría con el paso del tiempo, no se confirmó en nuestra muestra, en contra de lo que otros autores habían hallado previamente (102). De hecho, hubo una tendencia a empeorar a los tres meses y después a volver a mejorar al año. Probablemente con una muestra mayor y mayores evaluaciones a lo largo del tiempo, hubiésemos obtenido datos más claros de la evolución psicológica de estos pacientes.

Tal y como hemos avanzado, es posible que los mecanismos de afrontamiento en línea base no predigan los estados psicológicos futuros. Esto sería congruente con el hecho de que no haya mejoría en las variables de Ansiedad y Depresión a lo largo del tiempo. Es posible también, que estos resultados se expliquen por el propio proceso de enfermedad, ya que hemos visto que el paciente oncológico pasa por distintas etapas en las que va variando el impacto emocional que padece.

Nuestros resultados también apuntarían a, que a más tiempo con la enfermedad, mayor severidad de la Depresión, por lo tanto es posible relacionar este hecho con la no mejoría a corto plazo de los pacientes. Asimismo, nuestra muestra se compone por personas que acuden a psicoterapia grupal, y este tipo de terapia tiene unas características muy concretas. Se trata de grupos abiertos, en los que un paciente puede incorporarse en cualquier momento, de tal modo que puede hacerlo incluso cuando el grupo ya está formado. En este sentido, no debemos olvidar el impacto inicial que genera en los pacientes el compartir su experiencia con otros y el escuchar la historia de los demás. La experiencia clínica, nos dice que muchos pacientes, precisamente abandonan la psicoterapia grupal después de las primeras sesiones, lo que tiene que ver con el sufrimiento que les supone observar en otros pacientes que la enfermedad no

siempre evoluciona bien. Además, algunos trabajos indican que la psicoterapia grupal, no es igual de eficaz para todos los pacientes. Parece más eficaz para los pacientes más afectados psicológicamente, por lo tanto, los pacientes con menos malestar psicológico se beneficiarían en menor grado (107).

También, se han encontrado relaciones entre las variables de personalidad y las estrategias de afrontamiento (9, 39). En este sentido, hipotetizábamos que las estrategias de afrontamiento positivas (Resolución de problemas, Expresión emocional, Apoyo social y Reestructuración cognitiva), mediarían entre las variables de personalidad y el estado psicológico del paciente. Sin embargo nuestros resultados mostraron que las relaciones entre variables de personalidad y Depresión, personalidad y Ansiedad, y personalidad y Calidad de vida, fueron en la gran mayoría directas, indicando que los rasgos de personalidad (sobre todo los rasgos Límites, Esquizotípicos, Autodestructivos y Esquizoides) son factores muy importantes e influyen directamente en el impacto psicológico provocado por la enfermedad oncológica.

Por otra parte, también determinados mecanismos de afrontamiento (Reestructuración, Resolución de problemas, Expresión emocional y Retirada social), estuvieron fuertemente relacionados con las variables de Ansiedad, Depresión y Calidad de vida a nivel transversal. En este sentido, un estudio previo encontró que las relaciones entre mecanismos de afrontamiento y síntomas de Depresión en pacientes con cáncer de mama eran directas y no venían mediadas por el efecto de dolor o la fatiga (103). Sin embargo, estudios anteriores, habían también encontrado que el tipo de personalidad afectaba al estilo de afrontamiento en pacientes con cáncer de boca, sugiriendo así un posible efecto de mediación (104). Nuestro estudio corroboró que aunque la personalidad estuvo relacionada con los mecanismos de afrontamiento, nuestros datos solamente sugirieron un efecto de mediación con un tipo de mecanismo de afrontamiento y con una variable psicológica. En concreto, una mayor Reestructuración cognitiva medió entre las escalas de personalidad Esquizoide y Esquizotípica y las puntuaciones de Ansiedad Estado en línea base, de tal forma que la asociación entre Esquizoide y Ansiedad, y Esquizotípico y Ansiedad se hizo más débil cuando había mayor Reestructuración cognitiva. Las personas con rasgos Esquizoides y Esquizotípicos suelen tener pensamientos suspicaces o paranoides, ideas de referencia e ideas extravagantes. Esas ideas vienen dadas por distorsiones cognitivas, y son precisamente esos sesgos los que les llevan a tener ansiedad, sobre todo en las relaciones sociales. Por ello, las evitan. Entonces entran en una espiral, porque el aislamiento favorece de nuevo



las distorsiones cognitivas y los pensamientos irracionales. La Reestructuración cognitiva se refiere precisamente a aquellas estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante (39). De acuerdo a nuestros resultados, las personas con altos rasgos Esquizoides y Esquizotípicos que tienen una mayor capacidad de reestructurar sus pensamientos y distorsiones cognitivas, tuvieron menos Ansiedad Estado que los que tienen menos habilidades de Reestructuración cognitiva. Futuros estudios deberán de comprobar si las intervenciones psicológicas basadas en técnicas de Reestructuración cognitiva son más efectivas en este tipo de pacientes.

Por último, nuestro estudio refleja que ninguna variable sociodemográfica, y de las oncológicas, sólo el hecho de padecer metástasis y el haberse sometido a cirugía, se relacionaron con una mayor mortalidad. Ni la edad, ni una mayor duración de la enfermedad o una mayor la gravedad de la misma (analizada en estadios) estuvo relacionada con mayor mortalidad. Tampoco hubo ningún mecanismo de afrontamiento que resultara asociado a una mayor mortalidad. En cuanto a las variables de personalidad, sólo una mayor puntuación en la escala Histriónica, estuvo marginalmente relacionada con mayor mortalidad después de controlar por presencia de cirugía (variable que sí estuvo estadísticamente asociadas a la mayor mortalidad).

Evidencia previa (105), relaciona los trastornos de personalidad con una mayor mortalidad, pero casi siempre asociada al suicidio, algo que no hemos analizado en nuestro estudio. En nuestro caso, el conocimiento de este tipo de pacientes, puede hacer que nos planteemos dos explicaciones plausibles; la primera, es que las personas que están más graves, se vuelven más Histriónicas; aunque si esto fuera cierto, deberíamos haber hallado alguna relación entre la escala Histriónica y la gravedad o estadio de la enfermedad, y no lo hemos encontrado. La segunda y más probable, es que los pacientes con rasgos Histriónicos, sean pacientes que busquen distintos tratamientos alternativos que se alejen de lo convencional, o pueden mantener conductas de riesgo lo que puede poner en riesgo sus cuidados y su salud. En esta línea, Cervera Martínez (113) relaciona los trastornos de personalidad del Cluster B (sobre todo Límite, Histriónico y Antisocial), con los trastornos del control de los impulsos, y con el abuso de alcohol y otras sustancias.

## 7. LIMITACIONES

Los resultados de este estudio deberían de ser interpretados considerando las siguientes limitaciones.

Al ser una muestra de participantes voluntarios, este estudio podría estar afectado por el denominado sesgo de selección, ya que los participantes del estudio, podrían poseer características diferentes de los que no aceptaron participar. No obstante, un 75% de las personas a las que se les propuso el estudio, aceptaron finalmente participar. Esta cifra participación podría haber reducido las posibilidades de que este sesgo sea considerablemente grande, aunque si es importante señalarlo.

Además, el presente estudio está basado en un tamaño muestral pequeño ( $n=59$ ) del cual a los 3 meses se redujo al 57,62 % ( $n=34$ ), y a los 12 meses a más del 50% de la muestra inicial ( $n=24$ ). Las pérdidas de participantes en este tipo de estudios observacionales son habituales y pueden deberse tanto a variables medicas-oncológicas, como administrativas o también personales (108). Asimismo, análisis preliminares sugieren que ninguno de los valores de las variables dependientes en línea base estuvo significativamente asociado a la pérdida de seguimiento en el estudio (solamente mayor Depresión en línea base estuvo marginalmente relacionado con la no participación en las sucesivas evaluaciones). En este sentido, nuestra muestra aunque no estaría demasiado afectada por un sesgo severo de pérdidas de seguimiento, el reducido tamaño muestral del que se parte nos hace interpretar los resultados aquí obtenidos con cautela.

Otro posible sesgo que podría afectar a este estudio es el de representatividad. Nuestra muestra está compuesta mayoritariamente por mujeres, pertenecientes a una área muy específica de Madrid (barrios de Chamartín y Salamanca), ya es el área de influencia del Hospital Universitario de La Princesa. Para generalizar aún más los resultados a la población oncológica de Madrid, el estudio debería llevarse a cabo con una muestra mayor y de diferentes zonas geográficas de Madrid, con una realidad social, económica y sanitaria más heterogénea.

A nivel metodológico, numerosos análisis usando los datos longitudinales quedan pendientes por hacer (i.e. modelos mixtos o modelos de medidas repetidas incluyendo covariables). Asimismo, los análisis de mediación se realizaron solo a nivel trasversal. Todos estos análisis estadísticos avanzados no pudieron ser aplicados debido

al reducido tamaño muestral en las evaluaciones de seguimiento. Futuros estudios deberían comprobar si las mediaciones se podrían dar a nivel longitudinal y si cambios en determinadas variables demográficas y/o de afrontamiento correlacionan con cambios en las variables psicológicas.

Además, los análisis llevados a cabo no descartan la existencia de una relación inversa entre las variables aquí analizadas. En concreto, es posible que el estado Depresión, Ansiedad y Calidad de vida influyan también en las puntuaciones de problemas de personalidad y de mecanismos de afrontamiento obtenidas. No obstante, los valores de personalidad y de afrontamiento son variables que no experimentan muchos cambios a lo largo del tiempo, por lo que aunque la relación inversa no es descartable, no sería en principio altamente probable.

Al no conocerse exactamente las fechas del fallecimiento de los pacientes no se pudieron realizar análisis de supervivencia para analizar de forma más precisa la mortalidad y sus variables relacionadas. Futuros estudios deberán comprobar predictores de mortalidad con estos análisis.

Asimismo, algunas de las variables que influyen en el curso psicológico del paciente oncológico, como por ejemplo si el participante estuvo en algún tipo de tratamiento adicional (toma de psicofármacos, o asistencia a otras intervenciones psicológicas regladas) o el nivel de apoyo social externo, no fueron recogidas. En este sentido, se plantea como línea futura la realización de un estudio de intervención que controle este tipo de variables extrañas.

Por último, nuestra muestra está compuesta por características de pacientes muy heterogéneas en cuanto a variables oncológicas se refiere. Aunque esta heterogeneidad es la realidad clínica cotidiana, y algunas variables como el tipo de tumor no fueron relevantes, nuestros resultados indican que otras tales como los meses de enfermedad, son muy influyentes en el impacto psicológico. De esta manera, se aconseja que, para futuros estudios sobre el impacto psicológico del cáncer a lo largo del tiempo, se seleccionen pacientes que estén en el mismo momento de la enfermedad, por ejemplo inmediatamente después de haber sido diagnosticados.

## **8. IMPLICACIONES CLÍNICAS Y FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN A DESARROLLAR**

En primer lugar, este estudio ha obtenido que las personas con cáncer presentan altos índices de Depresión y de Ansiedad. Por este motivo, este estudio reitera que los pacientes con cáncer son una población especialmente vulnerable para problemas de salud mental. De la misma manera, la calidad de vida no sólo dependió de variables oncológicas y de tratamiento, sino también de mecanismos de afrontamientos y rasgos de personalidad. Estos resultados junto con los de estudios previos, reiteran la necesidad de recursos sanitarios de salud mental para monitorizar y atender psicológicamente a los pacientes con cáncer. Los resultados de este estudio sugieren que los problemas emocionales deberían ser considerados como parte del tratamiento diseñado para los pacientes con cáncer, y los oncólogos deberían formarse en identificar estos aspectos.

Hemos visto cómo los mecanismos de afrontamiento y la personalidad estuvieron más relacionados con el impacto psicológico en el momento presente (línea base), que en el futuro. Esto puede ser explicado porque los mecanismos de afrontamiento e incluso algunos rasgos de personalidad podrían cambiar o deteriorarse a lo largo del curso de la enfermedad, lo que hace necesarios futuros estudios que evalúen personalidad y mecanismos de afrontamiento a lo largo del tiempo.

También nuestros resultados nos informan que habría que prestar especial atención a los pacientes que llevan más tiempo enfermos, y no sólo a los casos nuevos, porque parece que el tiempo que llevan con la enfermedad influye en su estado psicológico.

Por otra parte, como la mayoría de los mecanismos de afrontamiento (Reestructuración cognitiva, Resolución de problemas, Retirada social y Expresión emocional) estuvieron directamente relacionados con Depresión y Ansiedad Rasgo, estos resultados animan a que se compruebe si tratamientos que abordan estos mecanismos son útiles a pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Universitario de La Princesa.

Por lo tanto, se sugiere que se deberían diseñar estudios con población española para verificar si tratamientos cognitivo-conductuales que integrasen técnicas de Reestructuración cognitiva (sobre todo en pacientes con rasgos Esquizoides y Esquizotípicos), técnicas de Resolución de problemas, y estrategias que fomentasen la expresión emocional, y el apoyo social, son útiles en los pacientes con cáncer.

La Reestructuración cognitiva es una técnica cognitiva muy utilizada en psicoterapia que ayuda al paciente a identificar y cuestionar sus pensamientos desadaptativos, y a sustituirlos por otros más apropiados. De esta manera, se reduce o elimina la perturbación emocional y/o conductual causada por los esos pensamientos.

Mediante esta técnica conseguiríamos que los pacientes afrontaran mejor las consecuencias de la enfermedad oncológica, reduciendo su malestar y disminuyendo el impacto psicológico (100).

La terapia de Resolución de problemas es una estrategia cognitivo-conductual donde se aplica una versión simplificada del método científico, adaptada a problemas prácticos cotidianos. El objetivo general de la técnica es mejorar la competencia social y disminuir el malestar psicológico. El supuesto en el que se basa la esta terapia es que los problemas psicológicos son consecuencia de conductas de afrontamiento inefectivas (105).

Por lo tanto, a partir de los resultados de este estudio, se propone evaluar con los pacientes oncológicos del Hospital Universitario de La Princesa, si intervenciones adaptadas que integren las técnicas de Reestructuración cognitiva y las de Resolución de problemas, son adecuadas para reducir Ansiedad, Depresión y aumentar la Calidad de vida. Futuras investigaciones pueden ir orientadas también a averiguar si estas técnicas deben ser abordadas en un formato grupal o en psicoterapia individual.

## 9. CONCLUSIONES

- Los pacientes con cáncer tienen puntuaciones que corresponden a niveles clínicos de depresión y puntuaciones más altas de ansiedad que el resto de la población. Además, la calidad de vida percibida también se ve afectada tanto a nivel físico como mental.
- El estado psicológico de los pacientes con cáncer (puntuaciones en Depresión, Ansiedad, y Calidad de vida) se mantuvo constante a lo largo del tiempo (ni empeora ni mejora significativamente). Se observa marginalmente una tendencia a empeorar a los tres meses y a mejorar a partir de los doce meses. Aunque el mantenimiento podría ser un resultado no del todo negativo, se sopesa como implicación clínica de este estudio si se podría implantar otras intervenciones para mejorar el estado psicológico y sobre todo la calidad de vida de los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Universitario de la Princesa.
- El impacto psicológico que sufren los pacientes con cáncer, no solo dependería de las características de la enfermedad en sí, sino también de variables internas del sujeto. La personalidad previa y los mecanismos de afrontamiento del paciente, estuvieron relacionados con el estado psicológico y la calidad de vida que tiene el paciente tanto a nivel transversal como longitudinal. Estas relaciones se dieron en mucho mayor grado que las relaciones establecidas con variables sociodemográficas (salvo el nivel de escolarización) o incluso oncológicas (con la excepción de los meses de enfermedad y la presencia de metástasis).
- Algunos mecanismos de afrontamiento (Reestructuración cognitiva, Resolución de problemas, Retirada social y Expresión emocional) y algunos rasgos de personalidad (Límite, Esquizoipica, Esquizoide y Autodestructiva) están más relacionados que otros con el impacto psicológico en los pacientes con cáncer a nivel transversal (en línea base). Lo que podría llevarnos a estudiar si se pueden elaborar instrumentos de evaluación que comprendan estos factores y sirvan de screening para discriminar, al menos cuando llegan a Psiquiatría, qué pacientes podrían requerir intervenciones más intensivas o pormenorizadas.
- El papel de los mecanismos de afrontamiento y de los rasgos de personalidad pareció más relevante en el momento basal que en las evaluaciones de seguimiento. Esto podría deberse o bien a la disminución del tamaño muestral, o

bien al hecho de que los mecanismos de afrontamiento y los rasgos de personalidad varíen a lo largo del tiempo. En este último caso, no estarían relacionado tanto el estado psicológico futuro sino más bien el presente. Futuros estudios deben de verificar si hay cambios de personalidad y afrontamiento a lo largo de la enfermedad del cáncer, y si estos cambios correlacionan más con el estado psicológico, que los valores de personalidad y afrontamiento detectados en el momento del diagnóstico.

- Las relaciones entre personalidad, problemas emocionales y calidad de vida resultaron ser directas y no vendrían mediadas por mecanismos de afrontamiento. Sólo la Reestructuración cognitiva medió entre las variables de personalidad Esquizoide y Esquizotípico, y la Ansiedad Estado a nivel trasversal. En este sentido, futuros estudios deberán de verificar si personas con rasgos de personalidad Esquizoides y Esquizotípicos podrían beneficiarse de intervenciones basadas en Reestructuración cognitiva para reducir su ansiedad.
- Nuestros resultados sugieren la necesidad de hacer futuros estudios de intervención en los que se pueda comprobar si fomentando estrategias de afrontamiento positivas como la Reestructuración cognitiva, la Resolución de problemas, o la Expresión emocional, y disminuyendo la Retirada social y los rasgos Límites, Esquizotípicos, Esquizoides y Autodestructivos, se reduce el impacto psicológico producido por la enfermedad oncológica. Para ello, podrían utilizarse técnicas cognitivo conductuales como la Reestructuración cognitiva y las técnicas de Solución de problemas.
- Los rasgos Histriónicos de personalidad podrían estar asociados a personas con alta probabilidad de mortalidad. Esto podría ser debido a que los rasgos Histriónicos aumentan en las personas que tienen más próxima la idea de muerte, o porque las personas con estos rasgos, mantienen conductas de riesgo, o buscan terapias alternativas de curación, que les aleja de los tratamientos más efectivos, que son los convencionales.

## 10. BIBLIOGRAFIA

1. Arnold, M., Karim-Kos, H. E., Coebergh, J. W., Byrnes, G., Antilla, A., Ferlay, J., ... & Soerjomataram, I. (2015). Recent trends in incidence of five common cancers in 26 European countries since 1988: Analysis of the European Cancer Observatory. *European journal of cancer*, 51(9), 1164-1187.
2. Antoni, S., Soerjomataram, I., Møller, B., Bray, F., & Ferlay, J. (2016). An assessment of GLOBOCAN methods for deriving national estimates of cancer incidence. *Methods*, 3-4.
3. Galceran, J., Ameijide, A., Carulla, M., Mateos, A., Quirós, J. R., Rojas, D., ... & Díaz, J. M. (2017). Cancer incidence in Spain, 2015. *Clinical and Translational Oncology*, 1-27.
4. World Health Organization. (2007). *Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes*, 2. World Health Organization.
5. McGuire, S. (2016). World cancer report 2014. Geneva, Switzerland: World Health Organization, international agency for research on cancer, WHO Press, 2015. *Advances in Nutrition: An International Review Journal*, 7(2), 418-419.
6. Jönsson, B., Hofmarcher, T., Lindgren, P., & Wilking, N. (2016). The cost and burden of cancer in the European Union 1995–2014. *European Journal of Cancer*, 66, 162-170.
7. AECC. Campañas de concienciación. 2016. Disponible en: <https://www.aecc.es/TeAyudamos/informaryconcienciar/Campa%C3%B1as/Paginas/Campa%C3%B1as.aspx>. Acceso el 25/09/2017.
8. Moreno, M. E. M., Montesinos, J. R. M., Martínez, C. M. E., & Figueras, A. I. L. (2013). *Epidemiología descriptiva del cáncer de estómago en la Comunidad de Madrid: análisis de supervivencia* (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid.
9. García-Conde Benet, A. (2014). *Dimensiones básicas de la personalidad, afrontamiento y adaptación en pacientes oncológicos* (tesis doctoral). Univerisdad de Valencia.
10. AECC. Campaña: Yo puedo salvarte la vida. 2017. Disponible en: <https://www.aecc.es/TeAyudamos/informaryconcienciar/Campa%C3%B1as/Paginas/Yo puedosalvartelavida.aspx>. 25/09/2017. Acceso 26/09/2017.
11. Tran, E., Robbins, P. F., & Rosenberg, S. A. (2017). Final common pathway'of human cancer immunotherapy: targeting random somatic mutations. *Nature*



*Immunology*, 18(3), 255-262.

12. Pardoll, D. (2014). Immunotherapy: it takes a village. *Science*, 344(6180), 149-149.
13. Kibble, A., Al-Shamahi, A., Kuennemann, K., Marques, F., Tremosa, L., & Cole, P. (2016). Highlights from the 52nd Annual Meeting of the American Society of Clinical Oncology (ASCO)(June 3-7, 2016-Chicago, Illinois, USA). *Drugs of today*. Barcelona, Spain, 52(7), 407.
14. Dunn, J., Adams, C., Holland, J., & Watson, M. (2015). Reinforcing the role of psycho-social oncology in global cancer prevention: applying psycho-oncology research in programmes and practice. *Psycho-Oncology*, 24(10), 1217-1221.
15. Ibáñez, E. (1996). *Breve historia de la Psicooncología. Prevención y Tratamiento Oncológico del Cáncer de Mama*. CESA, Madrid, 91-115.
16. Cruzado, J. La formación en Psicooncología. *Psicooncología*. 2003; 0 (1): 9-19; 35-44.
17. Pérez, C. (2005). Evaluación psicológica del paciente con cáncer en la APS. *Rev Cubana Med GenIntegr*, 21, 1-2.
18. Diehl, A. N. (2014). *Psychosocial factors that predict adherence to cancer therapy: Analysis of depression, self-efficacy, and social support* (Doctoral dissertation). Texas Tech University.
19. Denaro, N., Tomasello, L., & Russi, E. G. (2014). Cancer and stress: what's matter? from epidemiology: the psychologist and oncologist point of view. *Journal of cancer therapeutics and research*, 3(1), 6.
20. Lemogne, C. & Consoli, S. Personality and the risk of cancer: a 16-year follow-up study of the gazel cohort. *Psychosom Med*. 2013 Apr; 75(3): 262-271.
21. Ebstrup, J. F., Eplov, L. F., Pisinger, C., & Jørgensen, T. (2011). Association between the Five Factor personality traits and perceived stress: is the effect mediated by general self-efficacy?. *Anxiety, Stress & Coping*, 24(4), 407-419.
22. Cardenal, V., Cerezo, M. V., Martínez, J., Ortiz-Tallo, M., & Blanca, M. J. (2012). Personality, emotions and coping styles: Predictive value for the evolution of cancer patients. *The Spanish journal of psychology*, 15(02), 756-767.
23. Schroeder, M. L., Wormworth, J. A., & Livesley, W. J. (1992). Dimensions of personality disorder and their relationships to the Big Five dimensions of personality. *Psychological Assessment*, 4(1), 47.
24. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic criteria from DSM-IV (No. 616.89 A43)*. American Psychiatric Association [Washington].

25. De Psiquiatría, A. A. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM 5*. Médica Panamericana.
26. Rojas, S. L., & Widiger, T. A. (2016). Coverage of the DSM-IV-TR/DSM-5 Section II Personality Disorders With the DSM-5 Dimensional Trait Model. *Journal of Personality Disorders*, 1-21.
27. Álvarez, R. B., López, C. L., & Pérez, C. C. (2014). *Estudio de la relación entre los Cinco Grandes Factores de la Personalidad y los Trastornos de la Personalidad* (Tesis doctoral). Universidad de Mar de Plata, Argentina.
28. Mera, P. & Ortiz, M. (2012). La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la Calidad de Vida de Mujeres Con Cáncer de Mama. *Terapias Psicológicas*, 30 (3): 69-78.
29. Soriano, J. Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de Psicología*, 2002 Jul; 75: 73-85.
30. Vindel, A. C. (1989). *Cognición, emoción y personalidad: un estudio centrado en la ansiedad* (Tesis doctoral). Universidad Complutense, Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos).
31. Quiroz, C. N., Valero, C. Z. V., & Trujano, R. S. (2010). Escala de modos de afrontamiento: consideraciones teóricas y metodológicas. *Universitas Psychologica*, 9(1), 139-147.
32. Mikulic, I. M., & Crespi, M. C. (2008). Adaptación y validación del Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Moos (CRI-A) para adultos. *Anuario de investigaciones*, 15.
33. Rodríguez-Marín, J., Terol, M. C., López-Roig, S., & Pastor, M. A. (1992). Evaluación del afrontamiento del estrés: propiedades psicométricas del cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes. *Revista de Psicología de la Salud*, 4(2), 59-84.
34. Morán, C., Landero, R., & Eresa Gonzáles, M. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2).
35. Quiroz, C. N., Méndez, P. O., Valero, C. Z. V., & Trujano, R. S. (2013). *Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación*. *Psicología y Salud*, 20(2), 213-220.
36. Cano García, F. J., Rodríguez Franco, L., & García Martínez, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(1), 29.
37. Moorey, S., & Greer, S. (1989). Psychological therapy for patients with cancer: a

new approach. *American Psychiatric Publishing, Inc.*

38. Dhabhar, F. S., Saul, A. N., Holmes, T. H., & Daugherty, C. High-Anxious Individuals Show Increased Chronic Stress, Burden, Decreased Protective Immunity, and Increased Cancer Progression in a Mouse Model of Squamous Cell Carcinoma. *PLoS ONE*. 2012 Apr; 7.
39. Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual review of psychology*, 61, 679-704.
40. McBride, C. M., Clipp, E., Peterson, B. L., Lipkus, I. M., & Demark-Wahnefried, W. (2000). Psychological impact of diagnosis and risk reduction among cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 9(5), 418-427.
41. Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M., & Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y salud*, 18(2), 137-161.
42. Báñez, M., & Blasco, T. (2003). La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *Anales de psicología*, 19(2), 235.
43. Tempelaar, R., de Haes, J. C., De Ruiter, J. H., Bakker, D., Van den Heuvel, W. J. A., & Van Nieuwenhuijzen, M. G. (1989). The social experiences of cancer patients under treatment: A comparative study. *Social science & medicine*, 29(5), 635-642.
44. Ávila, M. M., & de la Rubia, J. M. (2013). El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. *Psicooncología*, 10(1), 109-130.
45. Instituto Nacional del Cáncer. *Cómo sobrellevar sentimientos de ansiedad y sufrimiento*. Recuperado de [http:// www.cancer.gob/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/ ansiedad-sufrimiento-pdq](http://www.cancer.gob/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/ansiedad-sufrimiento-pdq).
46. Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The lancet oncology*, 12(2), 160-174.
47. Mitchell, A. J., Ferguson, D. W., Gill, J., Paul, J., & Symonds, P. (2013). Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Oncology*, 14(8), 721-732.
48. Nikbakhsh, N., Moudi, S., Abbasian, S., & Khafri, S. (2014). Prevalence of depression and anxiety among cancer patients. *Caspian J Intern Med*, 5(3), 167-70.

49. Arpawong, T. E., Oland, A., Milam, J. E., Ruccione, K., & Meeske, K. A. (2013). Post-traumatic growth among an ethnically diverse sample of adolescent and young adult cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 22(10), 2235-2244.
50. Karakaş, S. A., & Okanlı, A. (2014). The Relationship between Meaning of Illness, Anxiety Depression, and Quality of Life for Cancer Patients. *Collegium antropologicum*, 38(3), 939-944.
51. Fischer, M. J., Wiesenhaan, M. E., Heijer, A. D. D., Kleijn, W. C., Nortier, J. W., & Kaptein, A. A. (2013). From despair to hope: A longitudinal study of illness perceptions and coping in a psycho-educational group intervention for women with breast cancer. *British journal of health psychology*, 18(3), 526-545.
52. Dingley, C., & Roux, G. (2014). The Role of Inner Strength in Quality of Life and Self-Management in Women Survivors of Cancer. *Research in nursing & health*, 37(1), 32-41.
53. Andersen, B. L., DeRubeis, R. J., Berman, B. S., Gruman, J., Champion, V. L., Massie, M. J., ... & Rowland, J. H. (2014). Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *Journal of Clinical Oncology*, 32(15), 1605-1619.
54. Fang, F., Fall, K., & Valdimarsdóttir, U. (2015). Stress and cancer: Nordic pieces to the complex puzzle. *European journal of epidemiology*, 30(7), 525-527.
55. Andersen, B. L., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1994). A biobehavioral model of cancer stress and disease course. *American psychologist*, 49(5), 389.
56. Sirera, R., Sánchez, P. T., & Camps, C. (2006). Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología*, 3(1), 35.
57. Gómez, M. M. N. (2010). Evaluación de la calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes postquirúrgicos con cáncer de tiroides. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 10(2), 315-329.
58. Etxeberria, Y., Pérez-Izquierdo, J., Badiola, C., Quintana, J. M., Padierna, A., Aróstegui, I., & Capelastegui, A. (2001). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer de pulmón. *Gaceta Sanitaria*, 15(1), 25-31
59. Rodríguez, B., Bayón, C., Orgaz, P., Torres, G., Mora, F., & Castelo, B. (2007). Adaptación individual y depresión en una muestra de pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 4(1), 7.
60. Mitchell, A. J., Meader, N., & Symonds, P. (2010). Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: a

meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 126(3), 335-348.

61. Guillén-Riquelme, A., & Buéla-Casal, G. (2014). Metaanálisis de comparación de grupos y metaanálisis de generalización de la fiabilidad del cuestionario State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *Revista Española de Salud Pública*, 88(1), 101-112.

62. Colegio Oficial de Psicólogos, 2013. *BDI-II*. Recuperado de <http://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>

63. Wang, Y. P., & Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(4), 416-431.

64. Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., ... & Alonso, J. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta sanitaria*, 19(2), 135-150.

65. Mosconi, P., Apolone, G., Barni, S., Secondino, S., Sbanotto, A., & Filiberti, A. (2001). Quality of life in breast and colon cancer long-term survivors: an assessment with the EORTC QLQ-C30 and SF-36 questionnaires. *Tumori*, 88(2), 110-116.

66. Wei, J. T., Dunn, R. L., Litwin, M. S., Sandler, H. M., & Sanda, M. G. (2000). Development and validation of the expanded prostate cancer index composite (EPIC) for comprehensive assessment of health-related quality of life in men with prostate cancer. *Urology*, 56(6), 899-905.

67. Mosconi, P., Cifani, S., Crispino, S., Fossati, R., & Apolone, G. (2000). The performance of SF-36 health survey in patients with laryngeal cancer. *Head & neck*, 22(2), 175-182.

68. Beck, A. T., & Steer, R. A. (1987). *BDI, Beck depression inventory: manual*. Psychological Corporation.

69. Millon, T., & Espada, A. Á. (1998). *MCMI-II: inventario clínico multiaxial de Millon-II: manual*. TEA Ediciones.

70. Cabello, M., Mellor-Marsá, B., Sabariego, C., Cieza, A., Bickenbach, J., & Ayuso-Mateos, J. L. (2012). Psychosocial features of depression: a systematic literature review. *Journal of affective disorders*, 141(1), 22-33.

71. Organización Mundial de la Salud. (1992). *Cie 10. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Meditor.

72. Sanz, J., Perdigón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II). Propiedades psicométricas en población general.

*Clínica y salud*, 14(3).

73. Julian, L. J. (2011). Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis care & research*, 63(S11), S467-S472.
74. Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., & Cubero, N. S. (1994). *STAI: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Madrid: TEA.
75. Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 473-483.
76. Tobin, D. L., Holroyd, K. A., & Reynolds, R. (1984). *Coping strategies inventory. CSI Manual*.
77. Millon, T., & Davis, R. D. (1997). *Manual for the millon clinical multi-axial inventory-III (MCMI-III)*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
78. D'agostino, R. B., Belanger, A., & D'Agostino Jr, R. B. (1990). A suggestion for using powerful and informative tests of normality. *The American Statistician*, 44(4), 316-321.
79. Goodman, L. A. (1960). On the exact variance of products. *Journal of the American Statistical Association*, 55(292), 708-713.
80. MacKinnon, D. P., & Dwyer, J. H. (1993). Estimating mediated effects in prevention studies. *Evaluation review*, 17(2), 144-158.
81. Shen, C. C., Hu, L.Y., Chang, W.H. & Tang, P.L. (2016). The risk of cancer in patients with obsessive-compulsive disorder: A nationwide population-based retrospective cohort study. *Medicine, ncbi.nlm.nih.gov*.
82. Shams, M., Valeriani, V., Torrisi, C. & Pardini, S. (2016). Assessment of obsessive thoughts and worries in women with breast cancer. *Annals of Oncology*. 27(suppl 4):iv71, Sep 2016.
83. Kessler, R.C. Epidemiology of women and depression. (2003). *Journal of affective disorders, Elsevier*.
84. Arenas, M. Carmen, & Puigcerver, Araceli. (2009). Sex differences of anxiety disorders: Possible psychobiological causes. *Escritos de Psicología (Internet)*, 3(1), 20-29.
85. Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ*, 330:702.
86. Rico-Urbe, L. A, Caballero, F. F., Olaya, B., Tobiasz-Adamczk, B., Koskinen, S.,

- Leonardi, M., Haro, J. M., ; Chatterji, S., Ayuso-Mateos, J. L., & Miret, M. (2016). Loneliness, social networks, and health: A cross-sectional study in three countries. *Public Library of Science*. ONE 11.1. e0145264.
87. García-Rábago, Horacio, Sahagún-Flores, José E, Ruiz-Gómez, Alfonso, Sánchez-Ureña, Gustavo M, Tirado-Vargas, Juan C, & González-Gámez, Jaime G. (2010). Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 713-721.
88. Rivas, M., Nuevo, R., & Ayuso-Mateos, J. L. (2011). Depresión subclínica en España: prevalencia e impacto sobre la salud. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(3), 144-149.
89. Gálvez Herrero, Macarena, Mingote Adán, José Carlos, & Moreno Jiménez, Bernardo. (2010). El paciente que padece un trastorno de personalidad en el trabajo. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 56(220), 226-247.
90. Grunauer, M., Stacey Ruales, J. I. *Tablet-based assessments of depression and social support among cancer patients in Quito* (Doctoral Dissertation). Universidad de Quito. Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/3727>
91. Johnco, C., Wuthrich, V. M., & Rapee, R. M. (2013). The role of cognitive flexibility in cognitive restructuring skill acquisition among older adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(6), 576-584.
92. Franco-Fernández, M. D., & Antequera-Jurado, R. (2009). Trastornos de ansiedad en el anciano. *Revista Viguera Editores*, 1.
93. Esiwe, C., Baillon, S., Rajkonwar, A., Lindesay, J., Lo, N., & Dennis, M. (2016). Screening for depression in older people on acute medical wards: the validity of the Edinburgh Depression Scale. *Age and ageing*, 45(4), 554-558.
94. Vodermaier, A., Linden, W., MacKenzie, R., Greig, D., & Marshall, C. (2011). Disease stage predicts post-diagnosis anxiety and depression only in some types of cancer. *British journal of cancer*, 105(12), 1814.
95. Moreno Acosta, A. I., Krikorian, A., & Palacio, C. (2015). Distress, Anxiety and Depression in Colombian Oncology Patients and their Relation with Perceived Competence. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 517-529.
96. Hung, M.S., Chen, I. C., Lee, C. P., Huang, R. J., Chen, P. C., Tsai, Y. H., & Yang, Y. H. (2017). Incidence and risk factors of depression after diagnosis of lung cancer. A nationwide population-based study. *Medicine*, 96 (19).
97. Widiger, T. A., Trull, T. J., Clarkin, J. F., Sanderson, C., & Costa Jr, P. T. (2002). A

*description of the DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality.*

98. Caballo, V., Guillén, J., & Salazar, I. (2009). Estilos, rasgos y trastornos de la personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo. *Psico*, 40(3), 319-327.

99. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Brouwer.

100. Cano-Vincel, A., Dongil-Collado, E., Salguero, J. M., & Wood, C. M. (2013). Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización. *Información Psicológica*, (102), 4-27.

101. Algar, M. J. M., & García, P. B. (2016). Abordaje de la ansiedad en pacientes diagnosticados de cáncer. *Psicooncología*, 13(2/3), 22.

102. Hopko, D. R., Cannity, K., McIndoo, C. C., File, A. A., Ryba, M. M., Clark, C. G., & Bell, J. L. Behavior Therapy for Depressed Breast Cancer Patients: Predictors of Treatment Outcome. *Journal of consulting and clinical Psychology*.

103. Fisher, H. M. (2017). *Relationship Between Disengagement Coping During Primary Treatment for Non-Metastatic Breast Cancer and Long-Term Depressive Symptoms: The Role of Pain and Fatigue Interference*.

104. Rana, M., Gellrich, N. C., Czens, F., Kanatas, A., & Rana, M. (2014). Coping with oral cancer: the impact of health and disease-related personality traits. *Supportive Care in Cancer*, 22(11), 2981-2986.

105. Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hällgren, J., Westman, J., Ösby, U., Alinaghizadeh, H., ... & Laursen, T. M. (2013). Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PloS one*, 8(1), e55176.

106. Gabalda, I. C. (2007). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Desclée de Brouwer.

107. Goodwin, P. J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Guthrie, H., ... & Speca, M. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 345(24), 1719-1726.

108. Colangelo, L. A., Logemann, J. A., Rademaker, A. W., Pauloski, B. R., Smith, C. H., McConnel, F. M., ... & Cardinale, S. (1999). Factors related to dropout in a study of head and neck cancer patients after surgery. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 120(3), 368-374.

109. Fundación privada Jordi Estapé (FEFOC). *Aspectos psicosociales concretos*.



Recuperado de <https://www.mayoressincancer.org>

110. Biblioteca de Guías Clínicas del Sistema Nacional de Salud. *Guía Clínica*.

Recuperado de <https://www.guía salud.es>

111. Jokela, M., Hakulinen, C., Singh-Manoux, A., & Kivimäki, M. (2014). Personality change associated with chronic diseases: pooled analysis of four prospective cohort studies. *Psychological Medicine*, 44(12), 2629-2640.

112. Grezo, M, Sarmany-Schuller, I. (2017). *When emotions matter. The relationship between trait anxiety math anxiety and problem solving skills*. Recuperado de [https://www.researchgate.net/.../318471127\\_When\\_emotions\\_matter\\_The\\_relationship\\_between\\_trait\\_anxiety\\_math\\_anxiety\\_and\\_problem-solving\\_skills](https://www.researchgate.net/.../318471127_When_emotions_matter_The_relationship_between_trait_anxiety_math_anxiety_and_problem-solving_skills).

113. Cervera Martínez, G., Rubio Valladolid, G., Haro Cortés, G., Bolinches Claramontes, F., De Vicente Manzano, P., & Valderrama Urian, J. C. (2001). La comorbilidad entre los trastornos del control de los impulsos, los relacionados con el uso de sustancias y los de la personalidad. *Trastornos adictivos*, 3(1), 3-1

# **ANEXO 1**

# Hoja de información al paciente

## RASGOS DE PERSONALIDAD Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Directores de tesis: Jose Luis Ayuso Mateos y María Cabello Salmerón

Nombre de la Organización: Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de la Princesa

### Propósito de este estudio:

Este estudio llamado “RASGOS DE PERSONALIDAD Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS” no implica probar fármacos o el uso de ninguna terapia o de otro procedimiento que no sea el de asistencia rutinaria. Este estudio no tendrá ningún efecto, positivo o negativo, en su salud o nivel de funcionamiento.

El estudio requiere de su participación en la cumplimentación de una batería de test, y sus datos se tratarán con la máxima confidencialidad.

Se le contactará de nuevo a los tres meses, a los seis meses y al año de la entrevista inicial, para reevaluar algunas áreas y ver su evolución a lo largo del tiempo.

**El objetivo general** de esta investigación es analizar la relación entre diferentes variables de personalidad y estrategias de afrontamiento, con la calidad de vida y la psicopatología asociada a la enfermedad oncológica.

### Procedimiento:

Si usted elige participar, cumplimentará un protocolo de evaluación compuesto por: hoja de datos sociodemográficos y clínicos, Test de personalidad de Millon II (MCMI-II), Cuestionario de estrategias de afrontamiento (CSI), Test de depresión de Beck (BDI), Inventario de ansiedad estado – rasgo (STAI) y el Cuestionario de salud (SF-36).

A los 3 meses, a los 6 meses y a los 12 meses desde su llegada a Psiquiatría, se administrará un nuevo protocolo compuesto por: hoja de datos sociodemográficos y clínicos, Test de depresión de Beck (BDI), Inventario de ansiedad estado – rasgo (STAI) y el Cuestionario de salud (SF-36).

Una vez recogidos los datos, éstos se incorporarán a la base de datos y se analizarán con el paquete estadístico SPSS14.

### Voluntariedad:

Su participación es totalmente voluntaria y podrá retirarse del estudio en cualquier momento sin necesidad de dar explicaciones.

### Riesgos y beneficios:

No está previsto ningún riesgo o beneficio derivado de su participación.

No se le proporcionará ningún incentivo económico por participar en esta investigación.

La decisión de participación o no en este estudio no alterará de ningún modo su tratamiento habitual.

Usted, de manera indirecta, ayudará a la comunidad de pacientes, puesto que nuestro objetivo en este estudio, es ofrecer recomendaciones para mejorar los programas y tratamientos psicológicos para pacientes oncológicos en el futuro.

**Confidencialidad:**

La información recogida en este estudio se mantendrá estrictamente confidencial de acuerdo con la legislación vigente a cerca de la protección de datos de índole personal y medica recogida en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de Diciembre.

El desarrollo de este proyecto depende por completo de la colaboración de personas como usted, motivo por el cual solicitamos su consentimiento para utilizar los datos con los fines arriba descritos, contando en todo momento con la colaboración de nuestro equipo para resolver cualquier duda que pudiese tener al respecto.

Los datos obtenidos a lo largo del estudio, serán confidenciales y serán guardados bajo llave, estando únicamente a disposición del grupo de investigadores del mismo y bajo ningún concepto, los detalles personales se darán a conocer en futuras publicaciones.

Usted puede ejercer el derecho de acceso, rectificación y cancelación de sus datos en cualquier momento del estudio dirigiéndose a la investigadora principal (Dña. Montserrat Alcañiz Rodríguez del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitaria de la Princesa).

**Personal de contacto:**

Si tiene cualquier duda o pregunta sobre su participación en el estudio puede contactar ahora o más adelante con:

Nombre: Montserrat Alcañiz Rodríguez

Dirección / señas: Servicio de psiquiatría -Hospital Universitario de la Princesa

Teléfono contacto: 91-5202288

# **ANEXO 2**

# Hoja de Consentimiento Informado

## RASGOS DE PERSONALIDAD Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Yo.....entiendo que este estudio es una investigación para analizar la relación entre diferentes variables de personalidad y estrategias de afrontamiento, con la calidad de vida y la psicopatología asociada a la enfermedad oncológica, y que implicará mi participación cumplimentando una batería de test en el momento inicial, y seguimiento a los tres, seis y doce meses del inicio del estudio.

Entiendo que no hay riesgos implicados y que puedo beneficiarme de participar en este estudio y que no afectará a la pauta de tratamiento habitual.

-He hablado con la Dr/ Dra:.....

-He leído la hoja de información que se me ha entregado o me la han leído.

-He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre ella y me han contestado satisfactoriamente a las preguntas que he realizado.

Comprendo que mi participación es voluntaria y doy mi consentimiento voluntario para que se utilicen mis datos en este estudio.

Entiendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin dar explicaciones
- Sin que eso repercuta en mis cuidados médicos actuales y/o posteriores.

Nombre del paciente

Firma del paciente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dd/mm/aa)

Nombre del investigador

Firma del investigador

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dd/mm/aa)